

استخدم هذه الاستمارة لتفويض شركة Blue Shield of California وشركة Blue Shield of California Life & Health Insurance Company وشركائها التجاريين (يشار إليها جميعًا باسم "Blue Shield") للكشف عن معلوماتك الصحية إلى شخص آخر أو مؤسسة أخرى.

1. معلومات العضو

اسم العضو:

عنوان العضو:

رقم تعريف المشترك:

تاريخ الميلاد:

2. من يحق له الحصول على المعلومات؟

اسم المتلقي:

عنوان المتلقي:

علاقة المتلقي بالعضو:

3. ما الغرض من إكمال هذه الاستمارة؟ (اختر إجابة واحدة)

☐ تفويض جديد (انتقل إلى رقم 4)

☐ إلغاء تفويض حالي (انتقل إلى رقم 7)

4. ما الغرض من الكشف عن المعلومات؟ (اختر إجابة واحدة)

☐ بناءً على طلبي - بلا غرض محدد

☐ الغرض المحدد:

5. ما المعلومات التي يجوز مشاركتها مع المتلقي؟ (ضع علامة بجانب جميع الخيارات المناسبة)

☐ شرح الفوائد

☐ معلومات عن المطالبات

☐ معلومات فوترة قسط التأمين

☐ إدارة الحالات

☐ أي من المعلومات التي لدى Blue Shield Promise Health Plan أو جميعها. وقد يتضمن ذلك معلومات تتعلق بالرعاية الطبية، و/أو التشخيص، و/أو مزودي الخدمات، و/أو مطالبات التأمين أو المزايا/المدفوعات، و/أو المعلومات المالية/معلومات الفوترة. هذا لا يشمل المعلومات الحساسة ما لم تتم الموافقة عليها تحديدًا أدناه.

☐ غير ذلك (حدد، بما في ذلك نطاق التاريخ المحدد إذا كان ذلك ممكنًا):

6. هل المتلقي مخول بتلقي معلومات حساسة؟ (اختر إجابة واحدة)

☐ لا

☐ نعم (ضع علامة بجانب جميع الخيارات المناسبة)

- ☐ المرض الساري والمعدى
☐ رعاية التأكد الجندي (تأكيد النوع الاجتماعي)
☐ المعلومات الجينية
☐ فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
☐ الصحة النفسية أو السلوكية
☐ الصحة الجنسية والتناسلية - أخرى
☐ الصحة الجنسية والتناسلية - الإجهاض
☐ الصحة الجنسية والإنجابية - الخدمات المتعلقة بالإجهاض
☐ الصحة الجنسية والإنجابية - منع الحمل
☐ الاعتداء الجنسي أو الجسدي أو النفسي، بما في ذلك عنف الشريك الحميم
☐ العدوى المنقولة جنسياً
☐ اضطراب تعاطي المواد المخدرة (الكحول/المخدرات)

7. انتهاء النفاذ والإبطال

أريد لهذا التفويض أن ينتهي في يوم _____. (مثال: ____/____/____)
في حال عدم اختيار تاريخ، سوف ينتهي العمل بهذا التفويض بعد سنة واحدة منذ تاريخ التوقيع أدناه. يحق لك إبطال هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخطار Blue Shield Promise Health Plan كتابياً. لن يؤثر إبطال هذا التفويض على المعلومات التي تم الكشف عنها قبل أن نتلقى طلب الإبطال منك. إذا تم منح هذا التفويض من أحد الوالدين أو الوصي القانوني نيابة عن قاصر، فسيينتهي العمل به في يوم اكتمال عمر القاصر ثمانية عشر عاماً.

8. توقيع العضو أو الممثل القانوني

لقد قرأت هذه الاستمارة وأعي بنودها وأوافق عليها. أعطي الإذن لـ Blue Shield Promise Health Plan للكشف عن المعلومات للمتلقى المشار إليه كما هو مذكور أعلاه. أعي أنه بمجرد الكشف عن معلوماتي، يمكن أن يعيد المتلقي الكشف عنها وقد لا تكون محمية بقوانين الخصوصية، بما في ذلك Health Insurance Portability and Accountability Act (القانون الفيدرالي لإخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة) لعام 1996. أدرك أن Blue Shield Promise Health Plan قد لا تشترط الدفع أو التسجيل في خطة صحية، أو التأهل للحصول على مزايا فيما مقابل توقيع على هذا التفويض.

التوقيع

التاريخ

الاسم بأحرف واضحة

إذا وقع ممثل قانوني على هذه الاستمارة، فيرجى ذكر اسم الممثل وعلاقته بالعضو (أحد الوالدين، أو وصاية بأمر من المحكمة، أو توكيل رسمي للرعاية الصحية، وما إلى ذلك):

إذا تم التوقيع على هذا النموذج من قبل شخص آخر غير العضو المعني أو أحد والدي قاصر، مثل ممثل شخصي/قانوني أو وصي أو منفذ لوصية، فيجب عليك أيضاً تقديم وثائق قانونية توضح سلطتك القانونية للتصرف بالنيابة عن العضو (أو تركة العضو) للكشف عن المعلومات الصحية. وقد تتضمن هذه الوثائق، على سبيل المثال:

1. توكيل رسمي بالرعاية الصحية
2. وثائق سارية وصحيحة للوصاية بأمر من المحكمة
3. أو أي وثائق قانونية أخرى صحيحة تبين سلطتك للتصرف بالنيابة عن العضو (أو تركة العضو)

احتفظ بنسخة من استمارة التفويض للاحتفاظ بها في سجلاتك.
أعد استمارة التفويض المكتملة والموقعة إلى:

Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Service
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

تلتزم Blue Shield of California Promise Health Plan باتباع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الحقوق المدنية المعمول بها على مستوى الولاية، كما أنها لا تميز بين الأشخاص على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو النسب، أو الدين، أو الجنس، أو الحالة الاجتماعية، أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية، أو الميول الجنسية، أو السن، أو الإعاقة.