

طلب التواصل السري للمعلومات الصحية المحمية

يمكنك أن تستخدم هذه الاستمارة لتطلب من Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise) لتتواصل بمعلوماتك الصحية المحمية («PHI») على عنوان بريد أو بريد إلكتروني أو رقم هاتف يتسم بالسرية. إذا اخترت عدم استخدام هذه الاستمارة، فيرجى إرسال جميع المعلومات المطلوبة في هذه الاستمارة كتابيًا إلى Blue Shield Promise على عنوان البريد أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الفاكس الموضح في أسفل النموذج.

سينطبق طلبك فقط على المعلومات الصحية المحمية PHI التي تتواصل بها Blue Shield Promise وشركاؤها التجاريون. ويجوز أن يتم رفض طلبك إذا لم يكن من الممكن تلييته بحد معقول. أما إذا تمت الموافقة على طلبك ثم غيّرت عنوانك لاحقًا، أو إذا تغير رقم تعريف المشترك الخاص بك، فيجب عليك إعادة تقديم طلب جديد للتواصل السري عن طريق إرسال طلب مكتوب إلى Blue Shield Promise. ويجوز لك إلغاء طلبك للتواصل السري من خلال طلب مكتوب إلى Blue Shield Promise على عنوان البريد أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الفاكس الموضح في أسفل النموذج.

1. الفرد الذي يطلب التواصل السري للمعلومات الصحية المحمية PHI:

الاسم:

رقم تعريف المشترك:

رقم الهاتف:

تاريخ الميلاد:

البريد الإلكتروني:

2. أطلب من Blue Shield Promise أن تتواصل معي بمعلوماتي الصحية الشخصية PHI من خلال ما يلي:

عنوان البريد السري:

رقم الهاتف السري:

عنوان البريد الإلكتروني السري:

3. توقيع الفرد، أو أحد والدي طفل قاصر، أو ممثل شخصي:

التاريخ

التوقيع

الاسم بحروف واضحة:

الممثلون القانونيون أو الأوصياء

إذا تم التوقيع على هذا النموذج من قبل شخص آخر غير الفرد المعني أو والد طفل قاصر، مثل ممثل شخصي/ قانوني أو وصي، فيجب عليك أيضًا تقديم وثائق تثبت سلطتك القانونية للتصرف بالنيابة عن الفرد فيما يتعلق برعايته الصحية/معلوماته الصحية المحمية PHI. وقد تشمل هذه الوثائق ما يلي:

1. تصريح HIPAA؛
2. توكيل رسمي بالرعاية الصحية؛
3. وثائق إثبات الوصاية؛ أو
4. أي وثائق أخرى سارية تثبت سلطتك القانونية للتصرف بالنيابة عن الفرد.

اسم الممثل (بحروف واضحة):

علاقته بالعضو:

نوع الوثائق المقدمة:

توقيع الممثل:

يمكنك إعادة هذه الاستمارة بعد إكمالها والتوقيع عليها، وذلك من خلال أحد الخيارات التالية:

عنوان البريد: Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office, PO Box 272540,
Chico CA, 95927-2540

البريد الإلكتروني: privacy@blueshieldca.com

الفاكس: 1-800-201-9020

تلتزم Blue Shield of California Promise Health Plan بقوانين الولايات المعمول بها وقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز بين الأفراد أو تستبعدهم أو تعاملهم معاملة مختلفة على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو المجموعة الإثنية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو النسب أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو النوع الجنساني أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة في صيغ أخرى، مثل بنط عريض و/أو برايل و/أو صيغة صوتية. اتصل بالهاتف (711: 905-3825) (TTY: 855)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. الاتصال مجاني.

Blue Shield of California Promise Health Plan متعاقد مع L.A. Care Health Plan لتقديم خدمات الرعاية التي تديرها Medi-Cal في مقاطعة Los Angeles.