

## طلب نموذج محاسبة للإفصاحات

تاريخ الطلب: \_\_\_\_\_  
اسم العضو: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
رقم تعريف العضو: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

أرغب في الحصول على تقرير حول كيف تم الإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية (PHI) بواسطة CalOptima، وفقاً لما يقتضيه القانون. أدرك أن CalOptima لا يتوجب عليها إعلامي عن أنواع الإفصاحات التالية:

1. الإفصاحات لأغراض العلاج، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية.
2. الإفصاحات إليّ أو مصرح بها مني لشخص (أشخاص) آخر.
3. الإفصاحات إلى الأشخاص المشاركين في رعايتي.
4. الإفصاحات التي تم إجراؤها قبل 14 أبريل 2003.

أفهم أيضاً أنه قد يتم تعليق حقي في تقارير خاصة ببعض أو بجميع الإفصاحات في بعض الحالات.

أفهم أن CalOptima يجب أن تقدم لي تقرير الإفصاحات خلال 60 يوماً من طلبي أو أن تبذلني بأن هناك حاجة إلى 30 يوماً (أو أقل) لإعدادها.

أفهم أنه يُسمح بتقديم تقرير مجاني واحد لي عن الإفصاحات كل 12 شهراً. قد يتم فرض رسوم عليّ إذا طلبت أكثر من تقرير واحد خلال الـ 12 شهراً نفسها.

يرجى ملاحظة أن هذا ليس طلباً للوصول إلى المعلومات الصحية المحمية (PHI). لن تحصل على سجلات مثل المطالبات الطبية أو مطالبات الصيدلة باستخدام هذا النموذج. إذا كنت ترغب في هذا النوع من السجلات، فيرجى ملء الطلب الفردي للوصول إلى المعلومات الصحية المحمية في نموذج مجموعة السجلات المعينة (Designated Record Set).

لمزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى زيارة موقعنا على [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) أو الاتصال بقسم خدمة العملاء في CalOptima على الرقم المجاني 1-888-587-8088. يمكن للأعضاء الذين لديهم ضعف في السمع أو النطق الاتصال على خط TDD/TTY المجاني على الرقم 1-800-735-2929. لدينا طاقم يتحدث لغتك.

أرغب في الحصول على سجل بالإفصاحات التي تغطي الفترة الزمنية التالية:

من: \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_  
ملاحظة: قد لا تزيد الفترة الزمنية عن ستة (6) سنوات، وقد لا تشمل التواريخ قبل 14 أبريل 2003.

طريقة التسليم المطلوبة (اختر واحدة):

الاستلام "شخصياً" في CalOptima (تعريف الهوية مطلوب في وقت الاستلام)

البريد:

العنوان/رقم الشقة \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

إلكترونياً ، يتم إرسالها عبر بريد إلكتروني آمن إلى:

توقيع العضو: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

إذا كان الممثل المفوض (يرجى تضمين الوثائق القانونية):

اطبع الاسم: \_\_\_\_\_ العلاقة بالعضو: \_\_\_\_\_