

تصريح بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية (PHI)

إشعار للعضو:

- يسمح استكمال هذا النموذج لشركة Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) بما يلي: (i) استخدام معلوماتك الصحية في أغراض معينة، و/ أو (ii) مشاركة معلوماتك الصحية مع أفراد أو هيئات توضحهم أنت في هذا النموذج.
- لا يتعين عليك توقيع هذا النموذج أو منح الأذن باستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية.
- ولن تتغير خدماتك أو استحقاقاتك مع Health Net Community Solutions, Inc. إذا لم توقع هذا النموذج.
- الحق في الإلغاء (التراجع): هذا التصريح/ نموذج الموافقة عرضة للتراجع عنه والإلغاء في أي وقت، باستثناء الحد الذي التزمت به شركة Health Net Community Solutions, Inc. أو غيرها ممن يحق لهم قانوناً حمل معلوماتك الصحية، وتمت مشاركته بالفعل بناء على التصريح وإعتماداً عليه. إذا رغبت في إلغاء نموذج التصريح هذا، ينبغي عليك استكمال نموذج الإلغاء والتراجع الموجود في الصفحة الأخيرة وإرساله لنا بريدياً على العنوان الموضح في أسفل الصفحة.
- Health Net Community Solutions, Inc. لا تعد بأن الشخص أو المجموعة التي تسمح لنا بمشاركة معلوماتك الصحية معها لن تشارك هذه المعلومات مع الغير.
- احتفظ بنسخة من كافة الاستمارات التي استكملتها وأرسلتها إلينا. يمكننا أن نرسل لك نسخة منها إذا أحتجت إلى ذلك.
- استكمل كافة المعلومات الموضحة في النموذج. وعند إتمامه، أرسله لنا بريدياً على العنوان الموضح في أسفل الصفحة الثانية.

معلومات العضو	
اسمك (مطبوع):	
رقم بطاقة هوية العضو:	تاريخ ميلاد العضو:
	_____ / _____ / _____
<p>أمنح الأذن لشركة Health Net Community Solutions, Inc.، وأصريح لهم باستخدام معلوماتي الصحية للأغراض المحددة أو مشاركتها مع شخص أو مجموعة أورد اسمها فيما يلي. الغرض من هذا التصريح يتمثل فيما يلي:</p> <p><input type="checkbox"/> السماح لشركة Health Net Community Solutions, Inc. بمساعدتي في تلقي الاستحقاقات أو الخدمات، أو</p> <p><input type="checkbox"/> التصريح لـ Health Net Community Solutions, Inc. باستخدام أو مشاركة معلوماتي الصحية لأغراض</p> <p>_____</p>	

(يُتبع)

خطة Health Net Community Solutions, Inc. عبارة عن خطة صحية تم التعاقد عليها مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal بهدف تقديم فوائد كلا البرنامجين للمرضى المنتسبين. Health Net Community Solutions, Inc. هي شركة فرعية تابعة لشركة وتعد Health Net علامة خدمة مسجلة لشركة Health Net, Inc.، وتحتفظ بكافة الحقوق فيها.

تصريح بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية (PHI)

الشخص أو المجموعة التي تتلقى المعلومات			
اسم (الشخص أو المجموعة):			
العنوان:			
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	الهاتف: () - ()
<p>أصح لـ Health Net Community Solutions, Inc. باستخدام ومشاركة المعلومات الصحية التالية:</p> <p><input type="checkbox"/> كل معلوماتي الصحية (متضمنة المعلومات الجينية، والخدمات أو نتائج الاختبارات؛ وبيانات وسجلات فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)، وبيانات الصحة العقلية (ولكن هذا لا يشمل ملاحظات العلاج النفسي)؛ ويتضمن بيانات وسجلات العقاقير/ والأدوية؛ وبيانات وسجلات إدمان المخدرات والخمور (يُرجى تحديد أي من معلومات اضطرابات العاطفي والإدمان التي يمكن الكشف عنها)؛</p> <p><input type="checkbox"/> جميع معلوماتي الصحية باستثناء (ضع علامة على كل المربعات التي ترغب في تطبيق الاستثناء عليها):</p> <p><input type="checkbox"/> المعلومات والخدمات والاختبارات الجينية</p> <p><input type="checkbox"/> بيانات وسجلات فيروس نقص المناعة البشرية / مرض العوز المناعي المكتسب (الإيدز)</p> <p><input type="checkbox"/> بيانات وسجلات إدمان المخدرات والخمور</p> <p><input type="checkbox"/> بيانات وسجلات الصحة العقلية (غير شاملة لملاحظات العلاج النفسي)</p> <p><input type="checkbox"/> بيانات وسجلات أدوية/ وعقاقير الوصفات الطبية</p> <p><input type="checkbox"/> بيانات أخرى: _____</p>			
إنقضاء سريان التصريح			
تقضي صلاحية هذا التصريح بحلول _____ / _____ / _____ (شهر/يوم/سنة) كفترة سريان كافية بحد أقصى عام واحد. وإذا لم يسجل أي تاريخ هنا، فإن التصريح ينقضي خلال عام واحد من التاريخ المسجل فيما يلي.			
توقيع العضو (عضو أم ممثل قانونًا): وقع هنا		التاريخ: _____ / _____ / _____	
<p>إذا كنت توقع نيابة عن عضو، صف علاقتك به فيما يلي: إذا كنت الممثل القانوني للعضو، يمكنك توضيح هذا فيما يلي، ويجب أن ترسل لنا نسخة من تلك الاستمارات الموضحة (مثل التوكيل أو أمر الوصاية).</p> <p>ارسل الاستمارة كاملة البيانات بريديًا إلى العنوان التالي:</p> <p>Health Net, Inc. Privacy Office PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409</p> <p>الهاتف: 1-855-464-3572 في Los Angeles أو 1-855-464-3572 في San Diego (الهاتف النصي: 711) الفاكس: (818) 676-8314</p>			

(يُتبع)

خطة Health Net Community Solutions, Inc. عبارة عن خطة صحية تم التعاقد عليها مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal بهدف تقديم فوائد كلا البرنامجين للمرضى المسجلين. Health Net Community Solutions, Inc. تعد شركة فرعية من شركة Health Net, Inc.، وتعد Health Net علامة خدمة مسجلة لشركة Health Net, Inc.، وتحتفظ بكافة الحقوق فيها.

تصريح بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية (PHI)

أشخاص أو أفراد إضافيين، أو هيئة (هيئات) أخرى لتلقي المعلومات

ملحوظة: إذا كنت توافق على الكشف عن أي من سجلات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة إلى متلق لا يمثل طرفًا خارجيًا أو مقدمًا لخدمات الرعاية الصحية أو منشأة أو برنامجًا تتلقى فيه خدمات من مقدم علاج، مثل تبادل التأمين الصحي أو مؤسسة أبحاث (والذي نسميه فيما يلي "الهيئة المتلقية")، يجب عليك تحديد اسم الشخص الذي تتعامل معه أو الهيئة التي تتلقى فيها الخدمات من مقدم العلاج في هذه الهيئة المتلقية، أو ببساطة ذكر أنه قد يتم الكشف عن سجلات اضطراب تعاطي المخدرات الذي أصبت به إلى مقدمي العلاج الحاليين والمستقبليين في هذه الهيئة المتلقية.

الاسم (كفرد أو هيئة):

العنوان:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

الهاتف:

() -

الاسم (كفرد أو هيئة):

العنوان:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

الهاتف:

() -

الاسم (كفرد أو هيئة):

العنوان:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

الهاتف:

() -

ارسل الاستمارة كاملة البيانات بريديًا إلى العنوان التالي:

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

هاتف: 1-855-464-3571 في Los Angeles أو 1-855-464-3572 في San Diego (الهاتف النصي: 711)

الفاكس: (818) 676-8314

خطة Health Net Community Solutions, Inc. عبارة عن خطة صحية تم التعاقد عليها مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal بهدف تقديم فوائد كلا البرنامجين للمرضى المسجلين. Health Net Community Solutions, Inc. تعد شركة فرعية من شركة Health Net, Inc.، وتعد Health Net علامة خدمة مسجلة لشركة Health Net, Inc.، وتحتفظ بكافة الحقوق فيها.



إلغاء تصريح بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية

أرغب في إلغاء التصريح الذي منحتَه لشركة Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) باستخدام معلوماتي الشخصية في أغراض مخصصة، أو بمشاركة معلوماتي الصحية مع أي شخص أو مجموعة.

الشخص أو المجموعة التي تتلقى المعلومات			
اسم (الشخص أو المجموعة):			
العنوان:			
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	الهاتف: () -
تاريخ توقيع التصريح (إن علم): _____ / _____ / _____			
معلومات العضو			
اسمك (مطبوع):			
تاريخ ميلاد العضو:		رقم بطاقة هوية العضو:	
/ /			
أنا أفهم أن معلوماتي الشخصية (والتي تتضمن سجلات اضطراب التعاطي والإدمان إن وجدت) قد تكون قد استخدمت بالفعل، أو سبق مشاركتها بسبب إذن سبق لي تقديمه. وأفهم أيضًا أن هذا الإلغاء لن يسري إلا على التصاريح التي أعطيتها لاستخدام معلوماتي الصحية لأغراض معينة، أو بمشاركة معلوماتي الصحية مع شخص أو مع جماعة. وأنه لا يلغي أي نماذج تصريح أخرى كنت قد وقعتها فيما يخص مشاركة معلوماتي الشخصية، واستخدامها لأغراض أخرى، أو مشاركتها مع شخص آخر أو مجموعة أخرى.			
توقيع العضو (عضو أم ممثل قانونًا): وقع هنا		التاريخ:	
_____ / _____ / _____		_____ / _____ / _____	
إذا كنت توقع نيابة عن عضو، صف علاقتك به فيما يلي: إذا كنت الممثل القانوني للعضو، يمكنك توضيح هذا فيما يلي، ويجب أن ترسل لنا نسخة من تلك الاستمارات الموضحة (مثل التوكيل أو أمر الوصاية)			

ستتوقف Health Net Community Solutions, Inc. عن استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية عند تلقينا لهذا النموذج ومعالجتنا له. راسلنا على العنوان البريدي التالي. يمكنك أيضًا طلب المساعدة هاتفيًا، من خلال الاتصال بالأرقام التالية:

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

هاتف: 1-855-464-3571 في Los Angeles أو 1-855-464-3572 في San Diego (الهاتف النصي: 711)

الفاكس: (818) 676-8314

خطة Health Net Community Solutions, Inc. عبارة عن خطة صحية تم التعاقد عليها مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal بهدف تقديم فوائد كلا البرنامجين للمرضى المسجلين. Health Net Community Solutions, Inc. تعد شركة فرعية من شركة Health Net, Inc.، وتعد Health Net علامة خدمة مسجلة لشركة Health Net, Inc.، وتحتفظ بكافة الحقوق فيها.

Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).