

# تصريح لاستخدام المعلومات الصحية والإفصاح عنها

## إشعار للعضو:

- سيسمح ملء هذه النموذج لـ Health Net, LLC بـ (i) استخدام معلوماتك الصحية لغرض خاص، و/أو (ii) مشاركة معلوماتك الصحية مع الفرد أو الكيان الذي تحدده أنت في هذا النموذج.
- لا يُطلب منك التوقيع على هذا النموذج أو إعطاء الإذن لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية. لن تتغير خدماتك ومزاياك لدى Health Net إذا لم توقع على هذا النموذج.
- الحق في الإلغاء (الإبطال): يخضع نموذج التصريح/الموافقة هذا للإلغاء في أي وقت إلا في حال السماح لـ Health Net أو حائز قانوني آخر لمعلوماتك الصحية بمشاركتها وقد تصرفوا بناء على موافقتك. وإذا كنت ترغب في إلغاء نموذج التصريح هذا، عليك ملء نموذج الإلغاء بالصفحة 3 وإرسال هذا النموذج عبر البريد إلى العنوان المذكور أسفل الصفحة.
- لن تتعهد Health Net بأن الشخص أو المجموعة التي تسمح لنا بمشاركة معلوماتك الصحية معها لن تشارك هذه المعلومات مع شخص آخر.
- احتفظ بنسخة من كل النماذج التي ترسلها إلينا. يمكننا إرسال نسخ إليك إذا كنت بحاجة إليها.
- املأ جميع البيانات بهذا النموذج. بعد الانتهاء من ملء البيانات، يُرجى إرسالها عبر البريد إلى العنوان المدون أسفل الصفحة رقم 2.

| معلومات العضو   |                |  |          |
|---|----------------|--|----------|
| اسم العضو (مطبوع):  |                |  |          |
| رقم مُعرّف العضوية:   |                | تاريخ ميلاد العضو: / /   |          |
| أعطي موافقتي لـ Health Net على استخدام معلوماتي الصحية للغرض المذكور ومشاركة معلوماتي الصحية مع الشخص أو المجموعة المذكورة أدناه. الغرض من الموافقة هو:   |                |  |          |
| <input type="checkbox"/> السماح لـ Health Net بمساعدتي في مزاياي وخدماتي.<br><input type="checkbox"/> السماح لـ Health Net باستخدام أو مشاركة معلوماتي الصحية لغرض: _____   |                |  |          |
| الشخص أو المجموعة الذين سيحصلون على المعلومات (إضافة المزيد من الأشخاص أو المجموعات بصفحة رقم 2)  |                |  |          |
| اسم (الشخص أو المجموعة):  |                |  |          |
| العنوان:  |                |  |          |
| الولاية:  | الرمز البريدي: | هاتف:  | المدينة: |
| أعطي موافقتي لـ Health Net لاستخدام أو مشاركة المعلومات الصحية التالية:   |                |  |          |
| <input type="checkbox"/> كل معلوماتي الصحية (التي تشمل: المعلومات الوراثية أو الخدمات أو نتائج الفحوصات. وتشمل أيضاً بيانات وسجلات وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وبيانات وسجلات الصحة النفسية [باستثناء ملاحظات العلاج النفسي]. تتضمن المعلومات الصحية كذلك بيانات وسجلات الوصفات الطبية/الأدوية وبيانات وسجلات المخدرات والكحول): أو |                |  |          |
| <input type="checkbox"/> كافة معلوماتي الصحية باستثناء (ضع علامة في جميع المربعات التي تنطبق):  |                |  |          |
| <input type="checkbox"/> المعلومات الوراثية أو الخدمات أو الفحوصات  |                | <input type="checkbox"/> بيانات وسجلات وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز |          |
| <input type="checkbox"/> بيانات وسجلات وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز  |                | <input type="checkbox"/> بيانات وسجلات الوصفات الطبية/الأدوية                |          |
| <input type="checkbox"/> بيانات وسجلات المخدرات والكحول   |                | <input type="checkbox"/> أخرى: _____   |          |

## انتهاء التصريح

سينتهي هذا التصريح في / / (الشهر/اليوم/السنة). ويصبح ساريًا لمدة عام واحد بحد أقصى. وفي حالة عدم تقديم أي بيانات، سينتهي هذا النموذج بعد عام واحد من التاريخ المدون أدناه.

توقيع العضو (توقيع العضو أو الممثل القانوني هنا):

التاريخ:

/ /

في حالة توقيعك عن العضو، وضح علاقتك بالعضو المذكور أدناه. في حال كونك ممثل شخصي عن العضو، عليك توضيح ذلك أدناه، وإرسال نسخ إلينا من هذه النماذج (أي، التوكيل الرسمي أو أمر الوصاية).

## حصول شخص (أشخاص) آخرين أو كيان (كيانات) أخرى على المعلومات

**ملحوظة:** إذا وافقت على الإفصاح عن أي من سجلات الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات إلى مستلم ليس الطرف الثالث المسؤول عن المدفوعات ولا موفر الرعاية أو المرفق أو البرنامج الذي تحصل فيه على الخدمات من موفر الرعاية، مثل أسواق التأمين الصحي أو معهد أبحاث (يشار إليها باسم "الكيان المتلقي")، عندئذ يتعين عليك تحديد اسم الفرد أو الكيان الذي تحصل فيه على الخدمات من موفر الرعاية في الكيان المتلقي، أو اذكر ببساطة أن سجلات الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات يجوز الإفصاح عنها إلى أي من موفري الرعاية الحاليين أو المستقبليين في ذلك الكيان المتلقي.

الاسم (الفرد أو الكيان):

العنوان:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

هاتف:

الاسم (الفرد أو الكيان):

العنوان:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

هاتف:

الاسم (الفرد أو الكيان):

العنوان:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

هاتف:

النموذج بواسطة البريد على العنوان التالي:

Health Net Eligibility Department, P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

الهاتف: 800-275-4737، فاكس: 844-222-3180

تُعد Health Net Community Solutions, Inc. شركة فرعية لدى Health Net, LLC و Centene Corporation. كما أن Health Net علامة خدمة مسجلة لدى Health Net, LLC، جميع الحقوق محفوظة.

FRM207452AH01w (5/21)

# إلغاء تصريح استخدام المعلومات الصحية و/أو الإفصاح عنها

أرغب في إلغاء أو إبطال الموافقة لمنح Health Net حق استخدام معلوماتي الصحية لغرض معين والموافقة التي منحتها لمشاركة معلوماتي الصحية مع شخص أو مجموعة.

| الشخص أو المجموعة التي تلقت المعلومات  |                        |       |          |
|--|------------------------|-------|----------|
| اسم (الشخص أو المجموعة):   |                        |       |          |
| العنوان:   |                        |       |          |
| الولاية:   | الرمز البريدي:         | هاتف: | المدينة: |
| تاريخ التوقيع على التصريح (إذا كان معلوماً): / /   |                        |       |          |
| معلومات العضو  |                        |       |          |
| اسم العضو (مطبوع):   |                        |       |          |
| رقم معرف العضو:  | تاريخ ميلاد العضو: / / |       |          |
| <p>أتفهم أنه ربما قد تم استخدام معلوماتي الصحية حتى الآن، وقد تم مشاركتها بسبب الموافقة التي منحتها من قبل (بما في ذلك، سجلات الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات الخاصة بي حسب الإقتضاء). أرغب في إلغاء الطلب للموافقة الذي منحتَه لاستخدام معلوماتي الصحية لغرض معين، أو الموافقة لمشاركة معلوماتي الصحية مع شخص أو مجموعة. إنها لا تلغي أي نماذج موافقة أخرى خاصة بالمعلومات الصحية قد وقعت عليها كي يتم:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. استخدامها لغرض آخر.</li> <li>2. مشاركتها مع شخص أو مجموعة أخرى.</li> </ol> |                        |       |          |
| توقيع العضو (توقيع العضو أو الممثل القانوني هنا):  | التاريخ:               |       |          |
| <p>في حالة توقيعك عن العضو، وضح علاقتك بالعضو المذكور أدناه. في حال كونك ممثل شخصي عن العضو، عليك توضيح ذلك أدناه، وإرسال نسخ إلينا من هذه النماذج (أي، التوكيل الرسمي أو أمر الوصاية).</p>  |                        |       |          |

ستتوقف Health Net عن استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية حال تلقينها هذا النموذج والعمل عليه. استخدم عنوان البريد الوارد أدناه. يمكنك أيضاً الاتصال لطلب المساعدة على الرقم أدناه.

## Health Net Eligibility Department

P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

الهاتف: 800-275-4737، فاكس: 844-222-3180

تعد Health Net Community Solutions, Inc. شركة فرعية لدى Health Net, LLC و Centene Corporation. كما أن Health Net علامة خدمة مسجلة لدى Health Net, LLC، جميع الحقوق محفوظة.