

طلب محاسبة عمليات الإفصاح
عن المعلومات الصحية
المحمية (PHI)



تشير المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى معلومات حول صحتك.
يلزم إكمال هذا النموذج وتوقيعه لمعالجة هذا الطلب.

1. من هو عضو Medicaid؟

الاسم الأول	الاسم الأخير	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم بطاقة هوية العضو	تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY)	رقم الهاتف
الشارع		
المدينة والولاية والرمز البريدي		

2. وصف تقرير المحاسبة

بمجرد أن نتلقى نموذج الطلب الموقع هذا، سنرسل إليك تقرير المحاسبة.
عمليات الإفصاح الواردة في التقرير لأسباب غير "العلاج" أو "السداد" أو "عمليات الرعاية الصحية".

3. لا يمكن أن يزيد عمر تقرير المحاسبة عن ست (6) سنوات من تاريخ الطلب.

طلبي هذا عن التواريخ الموضحة أدناه:

MM/DD/YYYY

إلى

MM/DD/YYYY

4. إلى أين تريد إرسال تقرير المحاسبة هذا؟

من يتلقى تقرير المحاسبة هذا؟	<input type="checkbox"/> العضو	<input type="checkbox"/> الممثل القانوني للعضو	<input type="checkbox"/> الأب المتبنى أو الطبيعي للعضو
اسم المتلقي بأحرف واضحة			
عنوان شارع المتلقي			
المدينة والولاية والرمز البريدي			

بتوقيع هذا النموذج، فإنني أتيح لخطّة Mercy Care منح محاسبة عمليات الإفصاح عن تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI) حول العضو الذي يحمل الاسم الوارد في القسم 1 إلى المتلقي الذي يحمل الاسم الوارد في القسم 4. هذه الموافقة مخصصة فقط لهذا الطلب.

قد تتم إعادة الإفصاح عن المعلومات الواردة في هذا التقرير من قبل المتلقي وربما لا تعد محمية بموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية أو التابعة للولاية.

لن يتم إدراج عمليات الإفصاح الأقدم من ست سنوات عند تقديم هذا الطلب.

5. توقيع العضو أو الممثل المفوض

التاريخ	التوقيع
	الاسم بأحرف واضحة
في حالة توقيع ممثل قانوني على هذا النموذج، صف العلاقة: (والد/والدة، وصي قانوني، توكيل رسمي، ممثل شخصي)	

يشير مصطلح **الممثل المفوض** إلى تمتعك بإثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص. يوقع الممثل نيابة عن شخص لا يمكنه قانوناً التوقيع بنفسه. إذا كان العضو أقل من 18 عامًا، فيجب على الوالد/الوالدة أو الوصي التوقيع للقاصر. إذا كنت ممثلاً توقع هذا النموذج، فيتعين عليك إرسال إثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص.

دلائك سلتم؟ يمكننا أن ندعم س المعاهد لخطّة هاتصل بـ Mercy Care مفعلي ار **800-624-3879**.

أو اتصل بـ Mercy Care Advantage على الرقم **1-877-436-5288**.

يرجى توقيع هذا النموذج مكتملاً وإرجاعه إلى: **Mercy Care**
Privacy Officer or Coordinator
4750 S. 44th Place, Ste. 150
Phoenix, AZ 85040

يرجى منحنا 60 يومًا حتى نرجع إليك بالرد.