

إلى مرضانا:

حسب اللوائح الفيدرالية المتعلقة بالخصوصية فلديكم الحق في طلب تقييد كيفية استخدام معلوماتكم الصحية والإفصاح عنها. إليكم بعض الأشياء التي يجب أن تعرفوها حول هذا الحق وكيفية إدارة له.

- باستثناء القيود على الإفصاحات في خطتك الصحية كما هو موصوف أدناه، فإن PeaceHealth ليست ملزمة بالامتثال لطلبك بإجراء تقييد.
- لكن PeaceHealth ملزمة قانوناً بالإفصاح عن بيانات المريض بدون حصول على إذن منك مكتوب إلى العديد من الكيانات على مستوى الولاية والحكومة الفيدرالية وكيانات أخرى لعديد من الأغراض (راجع الإشعار المشترك لممارسات الخصوصية الخاصة بـ PeaceHealth للحصول على الوصف الكامل). لا يمكننا الامتثال لطلب تقييد كل الإفصاحات أو الحصول على إذنك المسبق عند الإفصاح عن أي من معلوماتك الصحية.
- وبصفة عامة، فإن PeaceHealth لن توافق على التقييد ما لم نكن واثقين تماماً من أننا سنستطيع الالتزام بالتقيد على النحو المطلوب. يتم رفض العديد من طلبات التقييد لأسباب عملية.
- لديك الحق في طلب تقييد الإفصاحات الخاصة بخطتك الصحية للخدمات أو البنود التي دفعتها بنفسك بالكامل "من مالك الخاص". تلتزم PeaceHealth بالامتثال لهذا النوع من الطلبات. ومع ذلك:
 - يجب أن تدفع بنفسك كامل المبلغ الخاص ببند أو خدمة الرعاية الصحية.
- ولأن فترات الإقامة الداخلية في المستشفى تسدد من خلال الخطط الصحية بشكل مختلف عن خدمات الرعاية الصحية الأخرى - غالباً يكون مبلغاً مقطوعاً حسب تشخصيك المرضي - فمن غير العملي حجب المعلومات حول خدمة محددة أو بند معين في خطة تأمينك الصحي. إذا رغبت في تقييد الإفصاح إلى خطتك الصحية بخصوص بند ما أو خدمة مقدمة خلال الإقامة الداخلية في المستشفى، يجب أن تدفع بالكامل مقابل فترة الإقامة داخل المستشفى.
- إذا دفعت بالكامل مقابل خدمة تشخيصية مثل الاختبار المعملي أو فحص بالأشعة السينية، وطلبت تقييد الإفصاحات إلى خطة تأمينك الصحي، فبالتأكيد لن نرسل إلى خطة تأمينك الصحي مطالبة بالسداد. ومع ذلك، فإن مقدم العلاج لك قد يكون ملزماً بتقديم نتائج التشخيص إلى خطة تأمينك الصحي من أجل الحصول على مستحقات خدماته/ها. يجب أن تتصل بمكتب جهة تزويد الخدمة الصحية مباشرة لطلب التقييد.

SYS1000-A (04/14/20)

PeaceHealth
Request for Restrictions of Protected Health Information - Arabic
 Page 1 of 2

Patient Identification

(This page goes to patient – Do not scan into record)

تاریخ الاستلام في إدارة المعلومات الصحية (HIM) أو الخدمات المالية للمريض (PFS): _____

الأوسط:	الأول:	الاسم الأخير:
الهاتف:		عنوان الشارع:
تاريخ الميلاد:		المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

أطلب بوضع القيود التالية على معلوماتي الشخصية المحمية:

- الاستخدامات بواسطة أو الإفصاحات إلى الأفراد أو الكيانات (بخلاف الإفصاحات إلى خطة تأميني الصحي) كما هو موصوف أدناه.

المعلومات التي سيتم تقييدها:

الأفراد الذين سيقىدون ويعذبون من استخدام أو الإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية هم:

الإطار الزمني للتقييد: (من) _____ (إلى) _____

- الإفصاحات إلى خطة تأميني الصحي فيما يتعلق بالبنود والخدمات التي أدفعها بنفسي بالكامل "من مالي الخاص" (بوضعي علامة في هذا المربع، أنا أتفهم أنني ملتزم مالياً بالبنود أو الخدمات المرتبطة بهذا الطلب).

وصف البند أو الخدمة:

رقم الحساب:	تاریخ (تواریخ) الخدمة:
-------------	------------------------

أتفهم وأوافق، أنه إذا طلبت تقييد الإفصاحات إلى خطة تأميني الصحي، فإنه يجب علي أنا أدفع مقابل الخدمة (الخدمات) المحددة بالكامل.

توقيع المريض/الشخص المخول بالتوقيع نيابة عن المريض – درجة الصلة بالمريض التاريخ الوقت

FOR PEACEHEALTH USE ONLY Routing: Restrictions on disclosures to health plans – HIM; all others to Regional Privacy Officer

Restriction Accepted

Scan to RST-AD

Restriction Denied

Scan to RSTDEN

Patient/Personal Representative notified of restriction decision by:

Signature

Title

Date

Time

SYS1000-A (04/14/20)

Patient Identification

PeaceHealth
Request for Restriction of Protected Health
Information - Arabic
Page 2 of 2