

التفويض الخاص بالإفصاح عن ملاحظات المعالجة النفسية



استخدم هذا النموذج إذا كنت ترغب في مشاركة مقدم الرعاية الصحية العقلية الخاص بك ملاحظات المعالجة النفسية مع
Mercy Care Plan.

يتم إنشاء ملاحظات المعالجة النفسية من قبل مقدم الرعاية الصحية العقلية الخاص بك. وهذه الملاحظات عبارة عن تسجيلات
لأحاديثك مع مقدم الرعاية الصحية العقلية خلال جلسات الاستشارة. ويحتفظ مقدم الرعاية الصحية العقلية لك بهذه الملاحظات
بصورة منفصلة عن سجلاتك الطبية.

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. أوافق على مشاركة مقدم الرعاية الصحية العقلية هذا ملاحظات المعالجة النفسية الخاصة بي.

مقدم الرعاية الصحية العقلية	رقم الهاتف
الشارع	
المدينة والولاية والرمز البريدي	

3. أوافق على تلقي هذا الشخص أو هذه الشركة ملاحظات المعالجة النفسية الخاصة بي.

اسم الشركة أو الشخص Mercy Care ¹	رقم الهاتف
الشارع	
المدينة والولاية والرمز البريدي	

1 إخطار إلى مستلم (مستلمي) المعلومات:

المعلومات التي يتم الإفصاح عنها لخطوة Mercy Care فيما يتعلق بحالات معينة، مثل علاج تعاطي الكحول أو المخدرات، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
وأعراض أخرى منقولة جنسياً والصحة السلوكية ومعلومات عن الوصمة الوراثية محمية بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية والتي تحظر أي إفصاح إضافي
عن هذه المعلومات من جانب خطة Mercy Care دون موافقة كتابية صريحة من قبل الشخص الذي تخصه المعلومات أو حسبما تصرّح القوانين الأخرى
خلافاً لذلك. وقد يؤدي أي إفصاح إضافي غير مصرّح به انتهاكاً للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية إلى عقوبة بالسجن أو الغرامة أو كليهما. ولا يعتبر التفويض العام

يشتمل مصطلح "Mercy Care" أيضاً على فروع شركات خطة Mercy Care وشركاتها التابعة والموظفين والوكلاء والمقاولين من الباطن التابعين لها.

للإفصاح عن معلومات طبية أو غير ذلك موافقة كافية للإفصاح عن أنواع المعلومات هذه. وتقيّد القاعدة الفيدرالية الواردة في الجزء 2 من العنوان 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية استخدام المعلومات التي يتم الإفصاح عنها للتحقيق جنائياً أو الملاحقة القضائية لأي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات.

4. لماذا تنشر ملاحظات المعالجة النفسية هذه؟

السبب/الغرض:

تقتصر موافقتي على الإفصاح عن ملاحظات المعالجة النفسية فقط. أتفهم أن هذه الملاحظات قد تحتوي على معلومات في الرعاية الطبية أو علاج لتعاطي المخدرات. وكذلك المعلومات المتعلقة بتصرفات العنف المنزلي أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو غير ذلك من الأمراض المعدية أو المنقولة جنسياً. وأي علاج قد يقدمه مقدمو رعاية صحية آخرين.

5. تمتد فترة سريان ملاحظات المعالجة النفسية التي أوافق عليها لتواريخ الخدمة التالية:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

بالتوقيع أدناه، فأنا أتفهم وأوافق على ما يلي:

يمكنني سحب موافقتي من خلال سؤال مقدم الرعاية الصحية العقلية الخاص بي والوارد اسمه في القسم 2. إذا سحبت موافقتك فلن تؤدي إلى سحب المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي تلقيناها بالفعل. لن تتغير فرصتي في الاشتراك في تأمين في حالة عدم توقيعي على هذا النموذج. يحق لأي شخص يتلقى معلوماتي مع الآخرين. ويعني هذا أن القوانين قد لا تتمكن من حماية معلوماتي. يمكنني الحصول على نسخة من هذه الموافقة بالكتابة إلى العنوان الوارد في القسم 3 من هذا النموذج.

تنبيه:

يتعين علي توقيع هذا النموذج في حالة انطباق أي من الخيارات الموضحة أدناه.

أبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر.

أبلغ من العمر 18 عامًا وأنا متزوج أو أتمتع بالتحري (من الوصاية).

تسمح لي ولايتي بالعلاج حتى في حالة عدم موافقة والداي أو الوصي القانوني الخاص بي.

قد تشتمل ملاحظات المعالجة النفسية التي تتم مشاركتها على واحدة من الحالات الموضحة أدناه:

- تشخيص أو علاج اضطرابات استعمال المواد
- الصحة العقلية
- الأمراض المنقولة جنسياً (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)
- الصحة الإنجابية (بما في ذلك منع الحمل ورعاية ما قبل الولادة والإجهاض)
- صحة الأسنان والطب العام

6. توقيع العضو أو الممثل المفوض.

التوقيع	التاريخ
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 عاماً، 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.

هل لديك أسئلة؟ يمكننا أن نقدم المساعدة. اتصل بخطة Mercy Care على الرقم 800-624-3879.

يرجى توقيع هذا النموذج مكتملاً وإرجاعه إلى: **Mercy Care**
Coordinator أو Privacy Officer
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040

تمثل Mercy Care لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. لا تستبعد Mercy Care الناس أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

:Mercy Care

توفر خدمات ووسائل مساعدة مجانية للأشخاص من ذوي الإعاقة للتواصل معنا بفاعلية، مثل:

- مترجمون مؤهلون للغة الإشارة
- معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (مطبوعة بأحرف كبيرة أو مسجلة صوتياً أو تنسيقات إلكترونية قابلة للوصول أو تنسيقات أخرى)

توفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية لغتهم الأم، مثل:

- مترجمون فوريون مؤهلون
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا احتجت إلى مترجم فوري مؤهل أو معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى أو ترجمة أو خدمات أخرى، فاتصل بالرقم الموجود على بطاقة هويتك أو بالرقم **1-800-385-4104** (الهاتف النصي: 711).

إذا كنت تعتقد أن Mercy Care لم تنجح في توفير هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك تقديم تظلم إلى منسق الحقوق المدنية لدينا على:

العنوان: Attn: Civil Rights Coordinator
4500 East Cotton Center Boulevard
Phoenix, AZ 85040

الهاتف: 1-888-234-7358 (الهاتف النصي 711)

البريد الإلكتروني: MedicaidCRCoordinator@mercycares.org

يمكنك تقديم تظلم شخصياً أو عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني. وإذا احتجت إلى مساعدة في تقديم تظلم، فإن منسق الحقوق المدنية لدينا متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضاً تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية) إلكترونياً من خلال مدخل الشكاوى الخاص بمكتب الحقوق المدنية والمتوفر على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. أو عن طريق البريد الإلكتروني أو الهاتف على: U.S. Department of Health and Human Service, Independence Avenue 200, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (جهاز التواصل عن بُعد للصم).

نماذج الشكاوى متاحة على الموقع <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

86.03.322.1-AZ

