

فرم درخواست مکاتبات محرمانه

اعضای (Alliance) Alameda Alliance for Health این حق را دارند که نحوه ارتباط ما با خود را درباره مراقبت‌های سلامت‌شان تعیین کنند. این شامل اطلاعات سلامت محافظت‌شده (Protected Health Information, PHI) آنها نیز می‌شود. ما می‌توانیم از طریق نامه، ایمیل یا تلفن به‌صورت ایمن با اعضا تماس بگیریم.

اگر مایل به دریافت ارتباطات محرمانه برای هرگونه خدمات مراقبت سلامت دریافتی خود هستید، لطفاً این فرم را تکمیل کرده و بازگردانید. اگر 12 سال یا بیشتر دارید و برای نیازهای حساس سلامت تحت درمان هستید، می‌توانید درخواست کنید که این اطلاعات محرمانه باقی بماند. خدمات حساس شامل مواردی مانند موارد زیر است:

- مراقبت‌های سلامت روان
- درمان برای مصرف الکل یا مواد مخدر
- مراقبت‌های بارداری یا پیشگیری از بارداری
- مراقبت‌های مربوط به زایمان
- آزمایش عفونت‌های مقاربتی (Sexually Transmitted Infections, STIs)

Alliance هرگونه ارتباط محرمانه حاوی PHI را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفنی که ارائه می‌دهید، ارسال خواهد کرد.

دستورالعمل‌ها

1. لطفاً همه قسمت‌های زیر را خوانا با حروف چاپی بنویسید یا تایپ کنید.
2. فرم تکمیل‌شده را به‌صورت حضوری، از طریق پست، فکس یا ایمیل ارسال کنید.

برای اعضای Alliance Group Care و Medi-Cal:

حضوری/از طریق پست:

خطاب به: Member Services Department

Alameda Alliance for Health

1240 South Loop Road

94502 Alameda, CA

فکس: 1.877.747.4504

ایمیل: memberservices@alamedaalliance.org

برای اعضای Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

حضوری/از طریق پست:

خطاب به: بخش خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness

Alameda Alliance Wellness

1240 South Loop Road

94502 Alameda, CA

فکس: 1.877.747.4504

ایمیل: DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org

لطفاً توجه داشته باشید: می‌توانید در هر زمان با ارائه فرم جدید، درخواست خود را تغییر دهید یا لغو کنید.

فرم درخواست مکاتبات محرمانه

بخش 1: اطلاعات عضو

نام خانوادگی: _____ نام: _____
 تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____
 شماره شناسایی عضو Alliance: _____
 نشانی: _____
 شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
 شماره تلفن: _____ منزل ☐ همراه ☐

بخش 2: نحوه دریافت مکاتبات محرمانه

اینجانب بدینوسیله درخواست دارم که ارتباطات حاوی اطلاعات محرمانه (خصوصی) از طریق روش‌های زیر برای من ارسال شود (لطفاً همه موارد مرتبط را انتخاب کنید):
☐ ارسال پستی به این نشانی ترجیحی:
 نشانی: _____
 شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
☐ ایمیل به: _____
☐ تماس تلفنی با: _____ منزل ☐ همراه ☐

بخش 3: امضا

با امضای زیر، تایید می‌کنم که اطلاعات ارائه‌شده در این فرم صحیح و درست است. می‌دانم که این درخواست نحوه تماس Alliance با من را تغییر می‌دهد. این روش تماس تا زمانی که آن را لغو کنم یا فرم جدید درخواست مکاتبات محرمانه Alliance را ارائه دهم، به همین صورت باقی خواهد ماند.

اگر به نمایندگی از عضوی امضا می‌کنید، لطفاً نسبت خود را در بخش زیر شرح دهید. اگر از طریق دادگاه یا فرایند قانونی به‌عنوان نماینده شخصی عضو منصوب شده‌اید، لطفاً نسخه‌هایی از مدرک قانونی را برای ما ارسال کنید (مانند وکالت‌نامه یا اسناد سرپرستی).

امضا: _____ تاریخ: _____
 نسبت (در صورت امضا به نمایندگی از عضو): _____

این فرم با قانون قابلیت انتقال و مسئولیت‌پذیری بیمه سلامت سال 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)، الزامات قراردادی مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)، طرح‌های ویژه نیازهای خاص برای افراد واجد شرایط دوگانه (Dual Eligible Special Needs Plans, D-)، الزامات قراردادی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS) و قوانین محرمانگی قابل‌اعمال در کالیفرنیا، از جمله قانون محرمانگی اطلاعات پزشکی (Confidentiality of Medical Information Act, CMIA) و قانون سلامت و ایمنی §1364.5 مطابقت دارد.