



فرم درخواست ارتباط محرمانه

به عنوان یکی از اعضای (Alliance) Alameda Alliance for Health، شما این حق را دارید که نحوه ارتباط ما با خود را درباره مراقبت های سلامتتان تعیین کنید. این شامل اطلاعات سلامت محافظت شده (Protected Health Information, PHI) شما می شود. ما می توانیم از طریق نامه، ایمیل یا تلفن به صورت ایمن با شما تماس بگیریم.

اگر به اشتراک گذاری اطلاعات سلامتتان ممکن است شما را در معرض خطر قرار دهد، ما می توانیم آن را محرمانه نگه داریم. لازم نیست مدرکی دال بر در معرض خطر بودن ارائه دهید.

اگر 12 سال یا بیشتر دارید و برای نیازهای حساس سلامت تحت درمان هستید، می توانید درخواست کنید که این اطلاعات محرمانه باقی بماند. خدمات حساس شامل موارد زیر است:

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

برای این خدمات، Alliance شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOBs) را برای فرد اصلی در طرح سلامت (بیمه گذار) ارسال نخواهد کرد.

برای درخواست ارتباطات پزشکی محرمانه، باید این فرم را از طریق نامه، فکس یا ایمیل ارسال کنید:

Attn: Member Services Department
نامه:

Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

فکس: 1.877.747.4504

ایمیل: memberservices@alamedaalliance.org

لطفاً توجه داشته باشید: شما می توانید درخواست خود را در هر زمان با ارسال فرم جدید تغییر داده یا لغو کنید.

بخش 1: اطلاعات عضو

نام خانوادگی: _____ نام: _____
تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____

شماره شناسایی عضو Alliance: _____

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

شماره تلفن: _____ ☐ منزل ☐ همراه

بخش 2: نحوه دریافت ارتباط 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 از طریق پست به این آدرس ترجیحی:

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

☐ ارسال ایمیل به: _____

☐ تلفن از طریق تماس با: _____ ☐ منزل ☐ همراه

بخش 3: امضاء

با امضای زیر، من صحت و درستی اطلاعات ارائه شده در این فرم را تأیید می‌کنم. می‌دانم که این درخواست نحوه تماس Alliance با من را تغییر می‌دهد. این روش تماس تا زمانی که آن را لغو نکنم یا فرم درخواست ارتباط محرمانه Alliance جدیدی را ارسال نکنم، بدون تغییر باقی خواهد ماند.

اگر به نمایندگی از عضوی امضاء می‌کنید، لطفاً نسبت خود را در بخش زیر شرح دهید. اگر دادگاه یا روند قانونی شما را به عنوان نماینده شخصی عضوی منصوب کرده است، لطفاً نسخه‌هایی از مدارک قانونی (مانند وکالت‌نامه یا حکم قیمومت) را برای ما ارسال کنید.

امضاء: _____ تاریخ: _____

نسبت (در صورت امضاء 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)، طرح نیازهای ویژه برای واجدین شرایط دوگانه (Dual Eligible)، الزامات قراردادی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی California (Special Needs Plans, D-SNP)، قوانین محرمانگی مربوطه در California، از جمله قانون محرمانگی اطلاعات پزشکی (Confidentiality of Medical Information Act, CMIA) و قانون سلامت و ایمنی §1364.5 مطابقت دارد.