

إليك نموذج الإفصاح عن المعلومات من UCare

يتيح لك نموذج الإفصاح عن المعلومات الخاص بـ UCare مشاركة معلوماتك الشخصية أو سجلاتك الطبية مع الشخص أو الكيان الذي تحدده. يوضح هذا النموذج أيضًا المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها، ومن يمكنه الحصول عليها، ولأي غرض.

يرجى ملء نموذج الإفصاح عن المعلومات هذا. تأكد من تحديد المربعات التي تنطبق عليك والتوقيع عليها. ثم أعد النموذج إلينا عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. ندرج عنواننا البريدي ورقم الفاكس وعنوان البريد الإلكتروني في نهاية النموذج.

إمكانية التواصل معنا عندما تحتاج إلى المساعدة

نحن هنا لتقديم المساعدة، ونحن موجودون من أجلك عندما تحتاج إلينا. لا تتردد في الاتصال بنا على الرقم الموجود على ظهر بطاقة معرف العضوية الخاصة بك إذا كانت لديك أي أسئلة. يمكنك أيضًا إرسال طلب إلينا باستخدام حساب العضوية عبر الإنترنت على member.ucare.org.

Discrimination is against the law. UCare does not discriminate because of race, color, national origin, creed, religion, sexual orientation, public assistance status, marital status, age, disability or sex.

No English?

1-800-203-7225
1-800-688-2534 (TTY)

Auxiliary Aids and Services. UCare provides auxiliary aids and services, like qualified interpreters or information in accessible formats, free of charge and in a timely manner, to ensure an equal opportunity to participate in our health care programs. **Contact** UCare at 612-676-3200 (voice) or 1-800-203-7225 (voice), 612-676-6810 (TTY), or 1-800-688-2534 (TTY).



1-800-203-7225
1-800-688-2534 (TTY)

نموذج الإفصاح عن المعلومات

معلومات العضو

اسم العضو: _____

تاريخ ميلاد العضو: _____ رقم معرف عضو UCare: _____

قد تقوم UCare بالإفصاح عن معلوماتي إلى: _____

(الشخص أو الكيان الذي يريد الحصول على معلوماتي)

المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها

يمكن للشخص أو الكيان المذكور أعلاه الوصول إلى السجلات والمعلومات التالية. يمكن لهذا الشخص أو الكيان أيضًا تغيير هذه السجلات مع UCare.

أسمح لـ UCare بمشاركة جميع سجلاتي ومعلوماتي مع ممثلي الخاص.

أو

أسمح لـ UCare بمشاركة السجلات التالية مع ممثلي الخاص:

<input type="checkbox"/> التصاريح	<input type="checkbox"/> معلومات عن الصحة	<input type="checkbox"/> اسمي وعنواني ورقم هاتفي
<input type="checkbox"/> سجلات الرعاية	<input type="checkbox"/> الجنسية أو حالة الإصابة	<input type="checkbox"/> ورقم معرف عضوية UCare
<input type="checkbox"/> الصحة النفسية	<input type="checkbox"/> بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	<input type="checkbox"/> معلومات المطالبات
<input type="checkbox"/> معلومات التقييد	<input type="checkbox"/> معلومات عن حالة الحمل والخصوبة	<input type="checkbox"/> سجل الخدمات الصيدلانية
<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى إخبارنا): _____	<input type="checkbox"/> تقييمات الرعاية الصحية	<input type="checkbox"/> حالة التسجيل والسجل
	<input type="checkbox"/> الاستئنافات والتظلمات	<input type="checkbox"/> خطط إدارة الأمراض الصحية
	<input type="checkbox"/> المعلومات المالية	<input type="checkbox"/> مراجعات الاستخدام

الإطار الزمني

الإفصاح عن سجلاتي في أي وقت خلال فترة تسجيلي.

أو

الإفصاح عن سجلاتي من هذا الإطار الزمني المحدد فقط:

غرض الإفصاح

<input type="checkbox"/> طلب شخصي <input type="checkbox"/> شرح برامج أو خدمات UCare <input type="checkbox"/> بحث <input type="checkbox"/> بيان إعلامي	<input type="checkbox"/> إرسال استئناف أو تظلم (شكوى) <input type="checkbox"/> استمرارية الرعاية وإدارة الأمراض <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى إخبارنا): _____
--	---

سيستمر هذا الإفصاح حتى _____ ،
أو لمدة عام واحد من تاريخ التوقيع.
(حدد تاريخًا أو حدثًا أو حالة محددة)

من خلال التوقيع على هذا النموذج، فأنتي أدرك وأقر بما يلي:

- يجوز لـ UCare استخدام المعلومات الخاصة بي والإفصاح عنها للأسباب المذكورة أعلاه.
- لدي الحق في إلغاء هذا الإفصاح في أي وقت عن طريق إرسال بريد إلكتروني إلى privacy@ucare.org أو مراسلة مسؤول الخصوصية في UCare على العنوان 500 Stinson Blvd. NE, Minneapolis, MN 55413.
- إذا قمت بإلغاء هذا الإفصاح، فأنا أدرك أنه ربما تمت مشاركة معلوماتي أو الاعتماد عليها بالفعل قبل إلغاء الإفصاح.
- عند مشاركة المعلومات مع الطرف المذكور في هذا النموذج، فقد لا تكون محمية بموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية أو قوانين الولاية.
- إذا لم أوقع على هذا الإفصاح، فلن يؤثر ذلك على تغطيتي الصحية.
- قد تنتج المعلومات المفصح عنها للأخزين معرفة أنني مشترك في برنامج الرعاية الصحية في ولاية مينيسوتا.
- بموجب هذا، أقوم بإعفاء شركة UCare من جميع المطالبات الناشئة عن أو فيما يتعلق باستخدام المعلومات المفصح عنها.

التاريخ

توقيع عضو UCare بالموافقة على الإفصاح

التاريخ

توقيع الشاهد (إذا لزم الأمر)

التاريخ

توقيع ولي الأمر أو الوصي أو الممثل المفوض (إذا لزم الأمر)

أعد هذا النموذج إلى UCare بإحدى الطرق الثلاث:

الفاكس: 6501-676-612

البريد: UCare

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

البريد الإلكتروني: CLSScanReqInq@ucare.org