

## إلى مرضانا:

- حسب اللوائح الفيدرالية المتعلقة بالخصوصية فلديكم الحق في طلب تقييد كيفية استخدام معلوماتكم الصحية والافصاح عنها. إليكم بعض الأشياء التي يجب أن تعرفوها حول هذا الحق وكيفية إدارة PeaceHealth 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 لعدد 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 تمامًا من أننا سنستطيع الالتزام بالتقييد 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 تشخيصك المرضي - فمن غير العملي حجب المعلومات حول خدمة محددة أو بند معين في خطة تأمين صحي. 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 المعمل أو فحص بالأشعة السينية، وطلبت تقييد الإفصاحات إلى خطة تأمينك الصحي، فبالأكيد 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.

تاريخ الاستلام في إدارة المعلومات الصحية (HIM) أو الخدمات المالية للمريض (PFS): \_\_\_\_\_

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

أطالب 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 سيقيدون ويمنعون 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 أفهم أنني ملتزم ماليًا بالبنود أو الخدمات المرتبطة بهذا الطلب).

وصف البند أو الخدمة:	
تاريخ (تواريخ) الخدمة:	رقم الحساب:

أفهم 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

Patient Identification

SYS1000-A (04/14/20)

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