COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

## تعليمات استكمال نموذج إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها (SAPC) الخاص بمنح الموافقة على إجراء الدفع وعمليات الرعاية الصحية

الغرض من نموذج الموافقة هذا هو الإذن بسداد جميع الخدمات المقدمة لعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة (SUD) والسماح بالإفصاح عن معلوماتك الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المواد المخدرة والمحمية بموجب **الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية (Part 2 CFR 42)** من قِبل مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، بصفتها خطة Medi-Cal التخصصية لاضطراب تعاطي المواد المخدرة المخصصة لخدمات هذا الاضطراب، وذلك لأغراض دفع تكاليف الخدمات المستلمة والعمليات التشغيلية الأخرى للرعاية الصحية. بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)، تشمل "العمليات التشغيلية للرعاية الصحية" مجموعة من الأنشطة مثل إجراء/ترتيب خدمات التدقيق، بما في ذلك الكشف عن الاحتيال وإساءة الاستخدام، وبرامج الامتثال، وإدارة الأعمال، والأنشطة الإدارية العامة. تأذن هذه الموافقة أيضًا بتقديم المطالبات والدفع إلى دائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS)، وخطط الرعاية المُدارة (MCP)، والجهات الدافعة الأخرى من الأطراف الخارجية، بالإضافة إلى الإفصاح عن جميع المعلومات اللازمة لتقديم المطالبات ومعالجتها.

يُرجى العلم بأن إذنك طوعي ويجوز لك رفض التوقيع على نموذج الموافقة هذا. ومع ذلك، إذا لم توقع على هذه الموافقة، فإنك تتحمل المسؤولية عن جميع المدفوعات، بما في ذلك أي مبالغ كان سيجري إصدار فواتير بها إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها أو تسديدها من قِبلها بصفتها خطة Medi-Cal التخصصية لاضطراب تعاطي المواد المخدرة، وكذلك أي جهات دافعة أخرى سارية من الأطراف الخارجية، وستكون مسؤولاً عن جميع التكاليف التي تتحملها من مالك الخاص المرتبطة بها. يُرجى مراجعة هذه التعليمات قبل المتابعة.

### اقرأ كل قسم بعناية

يتضمن هذا النموذج عدة أقسام توضح ما يلي:

- **المعلومات التي** يجوز مشاركتها
- **الجهات التي يجوز لها** إرسال المعلومات واستلامها
- **سبب** مشاركة المعلومات
- **مدة سريان** الإذن بالإفصاح عن المعلومات
- **حقوقك** في إلغاء الإذن بالإفصاح عن المعلومات
- **حقك** في رفض التوقيع وعواقب ذلك

يُرجى **قراءة كل قسم ومراجعته** بدقة قبل التوقيع.

### الجهات التي يجوز لها مشاركة معلوماتك واستلامها

من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنك توافق على السماح بمشاركة المعلومات الصحية لاضطراب تعاطي المواد المخدرة المحمية بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية من قِبل مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بصفتها خطة Medi-Cal التخصصية لاضطراب تعاطي المواد المخدرة لأغراض الدفع والعمليات التشغيلية الأخرى للرعاية الصحية. ستأذن أيضًا بالإفصاح عن المعلومات من سجلك الطبي إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها أو الجهات الدافعة الأخرى من الأطراف الخارجية، بما في ذلك جميع المعلومات اللازمة لتقديم المطالبات ومعالجتها، مثل اسمك وتاريخ ميلادك وعنوانك والتشخيص الطبي والخدمات المقدمة لك.

يُرجى الرجوع إلى القسم الثاني "الكيانات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية" والقسم الثالث "معلومات مهمة أخرى".

### مراجعة حقوقك بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة والجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية

يوضح هذا النموذج حقوقك بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. لك الحق في:

- **رفض التوقيع** على هذا التفويض
- **إلغاء** إذنك في أي وقت كتابيًا أو شخصيًا
- **الحصول على نسخة** من النموذج المكتمل
- **توقع حماية السرية**، بما في ذلك قيود إعادة الإفصاح عن المعلومات

يُرجى الرجوع إلى القسم الثالث "معلومات مهمة أخرى" والقسم الخامس "إشعار مرفق بالإفصاحات" لمزيد من المعلومات المتعلقة بحقوقك بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة والجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية.

### انتهاء صلاحية التفويض

لا تنتهي صلاحية هذا التفويض وسيظل ساري المفعول ما لم تختر إلغاءه.

يرجى الرجوع إلى القسم الثالث "معلومات مهمة أخرى" والقسم السادس "إلغاء الموافقة" للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوق التفويض الخاصة بك.

## إلغاء تفويضك

يجوز لك إلغاء تفويضك في أي وقت عن طريق إخطار مقدم العلاج أو البرنامج كتابيًا أو شخصيًا. الإلغاء **لا** يلغي المعلومات التي جرت مشاركتها بالفعل قبل استلام الإلغاء. ستظل الخدمات المقدمة قبل الإلغاء تعتبر مفوضة لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية.

يجب توقيع قسم الإلغاء من قِبل القاصر وأحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني عندما تكون موافقة أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني مطلوبة للاستشارة أو العلاج من اضطراب تعاطي المواد المخدرة للقاصر. يقوم أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني بكتابة اسمه بالكامل والتوقيع والتأريخ على سطر التوقيع الأول أسفل القسم الرابع "توقيع العميل أو الممثل القانوني" وتوضيح صلة القرابة بالعميل على السطر الموجود أسفل سطر التوقيع الأول. يقوم القاصر بكتابة اسمه والتوقيع في خانة توقيع الشاهد الأول.

يرجى الرجوع إلى القسم الثالث "معلومات مهمة أخرى" والقسم السادس "إلغاء الموافقة" للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية إلغاء تفويضك.

## التبادل الإلكتروني والأمان

يجب أن تتوافق جميع الإفصاحات - بما في ذلك تلك التي تجري إلكترونيًا - مع:

- متطلبات قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة
- **الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية**
- **قوانين السرية** الفيدرالية والخاصة بالولاية الأخرى المعمول بها

## توقيع النموذج وتأريخه

يؤكد توقيعك على ما يلي:

- أنك **تفهم** المعلومات الواردة في النموذج
- أنك **تفوض الإفصاح عن المعلومات** الموضحة
- أنك **تفهم حقوقك** بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة والجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية

إذا كنت توقع بصفتك **ممثلاً قانونيًا**، فيجب عليك الإشارة إلى سلطتك للقيام بذلك. تشمل أمثلة السلطة القانونية أحد الوالدين، أو الوصي القانوني، أو القيم، أو منفذ التركة، أو الوكيل بموجب توكيل رسمي، و/أو أقرب الأقرباء. سيُطلب منك تقديم وثائق إضافية لإثبات سلطتك في تقديم الموافقة نيابة عن العميل.

إذا كنت توقع كشاهد على التوقيع بوضع علامة، يرجى ملء القسم المناسب بمعلوماتك.

يجب توقيع نموذج الموافقة من قِبل القاصر وأحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني عندما تكون موافقة أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني مطلوبة للاستشارة أو العلاج من اضطراب تعاطي المواد المخدرة للقاصر. يقوم أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني بكتابة اسمه بالكامل والتوقيع والتأريخ على سطر التوقيع الأول أسفل القسم الرابع "توقيع العميل أو الممثل القانوني" وتوضيح صلة القرابة بالعميل على السطر الموجود أسفل سطر التوقيع الأول. يقوم القاصر بكتابة اسمه والتوقيع في خانة توقيع الشاهد الأول.

## إعادة النموذج المكتمل

أعد النموذج الموقع إلى مقدم الخدمة أو البرنامج أو الوكالة المسؤولة عن معالجة طلبك. يجوز لك طلب نسخة لسجلاتك.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

## الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها

## المو افقة على الدفع وعمليات الرعاية الصحية

**الغرض من المو افقة والإفصاح:** الغرض من هذه الموافقة هو تفويض الدفع مقابل جميع الخدمات المقدمة لعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة والسماح بالإفصاح عن معلوماتي الصحية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة والمحمية بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية من مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، بصفتها خطة Medi-Cal المتخصصة في علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة لخدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة، وذلك لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. تخول هذه الموافقة أيضًا التقديم والدفع إلى دائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا، وخطط الرعاية المدارة، والجهات الدافعة الأخرى من الأطراف الثالثة، والإفصاح عن جميع المعلومات اللازمة لتقديم المطالبات ومعالجتها.

### أولاً. معلومات العميل

| | | |
|---|---|---|
| الاسم (الأخير، الأول، والأوسط): | تاريخ الميلاد: | رقم Medi-Cal: |
| عنوان البريد الإلكتروني:<br>من خلال تقديم عنوان بريدك الإلكتروني، فإنك تفوض إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها وشبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها للتواصل معك عبر البريد الإلكتروني. | رقم التليفون: | آخر ٤ أرقام من رقم الضمان الاجتماعي: |
| العنوان: | | رقم تعريف Sage: |

### ثانيًا. الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

أوافق على الإفصاح عن معلوماتي الصحية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة والمحمية بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية من مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بصفتها خطة Medi-Cal متخصصة في علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. أفوض بالإفصاح عن المعلومات من سجلي الطبي إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها أو الجهات الدافعة الأخرى من الأطراف الثالثة، بما في ذلك جميع المعلومات اللازمة لتقديم المطالبات ومعالجتها مثل اسمي، وتاريخ ميلادي، وعنواني، والتشخيص الطبي، والخدمات المقدمة لي.

### ثالثًا. معلومات مهمة أخرى

بتوقيع نموذج الموافقة هذا، أدرك ما يلي:

- **انتهاء صلاحية المو افقة** - يظل هذا التفويض ساري المفعول حتى يجري إلغاؤه بخلاف ذلك.
- سجلات علاجي من الكحول و/أو المخدرات محمية بموجب اللوائح الفيدرالية التي تحكم سرية سجلات مرضى إساءة استعمال العقاقير، الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية، وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لسنة ١٩٩٦، والجزأين ١٦٠ و١٦٤ من الباب ٤٥ من قانون اللوائح الفيدرالية، ولا يمكن الإفصاح عنها بدون موافقتي الخطية ما لم تسمح اللوائح بخلاف ذلك.
- **الحق في عدم التوقيع:** هذه الموافقة مخصصة لدفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بي وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. أدرك أن لدي الحق في عدم التوقيع على هذه الموافقة. إذا لم أوقع على هذه الموافقة، فإنني أتحمل المسؤولية عن جميع المدفوعات، بما في ذلك أي مبالغ كانت ستُفوتر إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها أو يجري تعويضها بواسطتها، بصفتها خطة Medi-Cal المتخصصة في علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة، بالإضافة إلى أي جهات دافعة سارية من الأطراف الثالثة، وسأكون مسؤولاً عن جميع التكاليف التي أتحملها من مالي الخاص المرتبطة بها.
- أقر بأن هذا التفويض ضروري لتحديد الأهلية للعلاجات أو المزايا أو لدفع ثمن العلاجات التي أتلقاها، ولكن لا يجوز لإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها أن تجعل علاجي مشروطًا بتقديم هذا التفويض.
- يحق لي استلام نسخة من نموذج الموافقة هذا. نسخة نموذج الموافقة هذا صالحة تمامًا كالأصل.
- **معلومات إعادة الإفصاح** - المعلومات المتعلقة بعلاج الكحول أو المخدرات التي يجري الإفصاح عنها لجهة مشمولة أو شريك تجاري قد يُعاد الإفصاح عنها وفقًا للتصاريح الواردة في لوائح قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة.
- **قيود إعادة الإفصاح** – لا يجوز إعادة الإفصاح عن المعلومات المفصح عنها للإجراءات المدنية والجنائية والإدارية والتشريعية ضد العميل دون نموذج موافقة إضافي مخصص لهذا الغرض فقط بما يتوافق مع الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية.
- يحق لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت كتابيًا أو شخصيًا مع مقدم علاج تعاطي المواد المخدرة، باستثناء الحد الذي تصرف فيه مقدم الخدمة أو أي حامل قانوني آخر بالفعل بناءً عليها. يجوز لي استخدام قسم إلغاء الموافقة في نموذج الموافقة هذا لإنهاء نموذج الموافقة هذا كتابيًا. بمجرد استلام إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم الخدمة أو إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بإلغاء الموافقة على أي إفصاح مستقبلي للمعلومات. أفهم أنه لا يمكن استرداد الإفصاحات التي جرت قبل إلغاء نموذج الموافقة هذا، ولا يُطلب من الجهات التي قُدمت إليها الإفصاحات إعادة هذه الإفصاحات أو التخلص منها.

## رابعًا. توقيع العميل أو الممثل القانوني

بالتوقيع أدناه، أقر بأنني قد قرأت نموذج الموافقة وأفهم أن توقيعي يفوض الإفصاح عن معلوماتي الصحية كما هو موضح في هذا النموذج. أفهم أن التوقيع على هذا النموذج طوعي وأن لدي الحق في رفض التوقيع.

**اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:**

إذا لم يكن بإمكان العميل الكتابة، فيجوز له وضع علامة على سطر التوقيع. يتطلب التوقيع بالعلامة وجود شاهدين اثنين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل على السطر المخصص لاسم العميل وكتابة اسمه على أحد سطور "اسم الشاهد بخط واضح" والتوقيع في المكان المخصص للشاهد أدناه. يجب على الشاهد الثاني كتابة اسمه على سطر "اسم الشاهد بخط واضح" الآخر والتوقيع في المكان المخصص للشاهد الآخر للإقرار بتوقيع العميل بالعلامة.

_____ _____ _____ / _____ / _____

الاسم بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) التوقيع الشهر اليوم السنة

إذا جرى التوقيع بواسطة الممثل القانوني للعميل، فاذكر صلة القرابة والسلطة للقيام بذلك:

_____

**أسماء الشهود وتوقيعاتهم:**

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة ووضع علامة كتوقيع له أعلاه، يُطلب من شاهدين استكمال قسم الشهود بكتابة اسمهما والتوقيع أدناه.

1. _____ 2. _____

اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير)

_____ _____

التوقيع التوقيع

## خامسًا. إشعار مرفق بالإفصاحات

هذا السجل الذي جرى الإفصاح عنه لك محمي بموجب قواعد السرية الفيدرالية (الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية). تحظر عليك هذه القواعد استخدام هذا السجل أو الإفصاح عنه، أو الإدلاء بشهادة تصف المعلومات الواردة في هذا السجل، في أي إجراءات مدنية أو جنائية أو إدارية أو تشريعية تتخذها أي سلطة فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية، ضد العميل، ما لم يكن ذلك مصرحًا به بموجب موافقة العميل، باستثناء ما هو منصوص عليه في القسم ٢-١٢(ج)(٥) من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية أو بناءً على إذن من المحكمة وفقًا للقسمين ٢-٦٤ أو ٢-٦٥ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية. بالإضافة إلى ذلك، تحظر عليك القواعد الفيدرالية القيام بأي استخدام أو إفصاح آخر لهذا السجل ما لم ينطبق واحد على الأقل مما يلي:

(١) الاستخدام أو الإفصاح الإضافي مسموح به صراحة بموجب الموافقة الخطية للشخص الذي يجري الإفصاح عن معلوماته في هذا السجل أو وفقًا لما هو مسموح به بخلاف ذلك بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية.

(٢) أن تكون جهة مشمولة أو شريكًا تجاريًا وتلقيت السجل للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، أو

(٣) أن تكون قد تلقيت السجل من جهة مشمولة أو شريك تجاري وفقًا لما هو مسموح به بموجب الجزأين الفرعيين (أ) و(هـ) من الجزء ١٦٤ من الباب ٤٥ من قانون اللوائح الفيدرالية.

لا يُعد التفويض العام للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها كافيًا لاستيفاء العناصر المطلوبة للموافقة الخطية على مواصلة استخدام السجل أو إعادة الإفصاح عنه (انظر القسم ٢-٣١ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية).

## سادسًا. إلغاء الموافقة

يحق لي إلغاء نموذج الموافقة هذا في أي وقت من خلال استكمال هذا القسم وتقديم إلغاء الموافقة الخاص بي عبر البريد أو شخصيًا إلى مقدم علاج تعاطي المواد المخدرة، باستثناء الحد الذي تصرف فيه مقدم الخدمة أو أي حامل قانوني آخر بالفعل بناءً عليها.

**العنوان البريدي لوكالة مقدم علاج تعاطي المواد المخدرة:**

اسم المؤسسة: _____

عنوان الشارع (السطر ١): _____

عنوان الشارع (السطر ٢: شقة/جناح/وحدة): _____

المدينة والولاية والرمز البريدي: _____

بمجرد استلام إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم الخدمة بإلغاء نموذج الموافقة على أي إفصاح مستقبلي للمعلومات. لا يمكن استرداد الإفصاحات التي جرت قبل استلام الإلغاء.

بالتوقيع أدناه، ألغي موافقتي على أي إفصاح مستقبلي للمعلومات لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية. أفهم أنه لا يمكن التراجع عن أو استرداد أي إفصاحات جرت قبل استلام هذا الإلغاء.

**اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:**

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة، يجوز له وضع علامة على سطر التوقيع. يتطلب التوقيع بوضع علامة وجود شاهدين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل على السطر المخصص لاسم العميل وكتابة اسمه على أحد سطور "اسم الشاهد بخط واضح" والتوقيع في المساحة المخصصة للشاهد أدناه. يجب على الشاهد الثاني كتابة اسمه على السطر الآخر لـ "اسم الشاهد بخط واضح" والتوقيع في المساحة المخصصة للشاهد الآخر للإقرار بتوقيع العميل بوضع علامة.

_____ _____ _____ / _____ / _____

الاسم بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) التوقيع الشهر اليوم السنة

في حالة التوقيع من قِبل الممثل القانوني للعميل، حدد صلة القرابة والصلاحية للقيام بذلك:

_____

**أسماء الشهود وتوقيعاتهم:**

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة وقدم علامة كتوقيع له أعلاه، يلزم وجود شاهدين لاستكمال قسم الشهود عن طريق كتابة اسميهما والتوقيع أدناه.

1. _____ 2. _____

اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير)

_____ _____

التوقيع التوقيع

يجوز للعملاء الذين قدموا نموذج موافقة على الإفصاح عن المعلومات مباشرةً إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها إعادة نموذج إلغاء الموافقة المكتمل عبر البريد الإلكتروني الآمن أو بالبريد إلى العنوان المدرج أدناه. يجب تضمين نسخة من بطاقة الهوية الرسمية الصادرة عن الحكومة للتحقق من شرعية الطلب.

العنوان البريدي لإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها
الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها
1000South Fremont Ave.
Bldg .A-9 East3 rd Floor Box34
Alhambra, CA 91803

عنوان البريد الإلكتروني: -SAPC
HIM@ph.lacounty.gov

يُرجى ملاحظة: لن تجري معالجة طلبات الإلغاء المقدمة إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها من عملاء لم يكملوا نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات مباشرةً مع إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، أو الطلبات المقدمة بدون نسخة من بطاقة هوية صالحة صادرة عن الحكومة.

**كيفية ملء نموذج إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها (SAPC) الخاص بمنح المو افقة على إجراء الدفع وعمليات الرعاية الصحية**

## الغرض من الموافقة والإفصاح (أعلى النموذج)

يوضح هذا القسم أنك تفوض:

- إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بتلقي معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بك لأغراض **الدفع وعمليات الرعاية الصحية**، و
- إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، ودائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا، وخطط الرعاية المُدارة، والجهات الدافعة الأخرى بتلقي المعلومات اللازمة لـ**تقديم المطالبات ومعالجتها**.
- **هذا النموذج مطلوب** إذا كنت ترغب في أن تقوم إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بمطالبة Medi-Cal أو جهات الدفع الأخرى بفواتير خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بك.

## القسم الأول — معلومات العميل

املأ معلوماتك الشخصية حتى تتمكن إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها ومقدمو الخدمات لديك من تحديد سجلك بشكل صحيح.

1. **الاسم:** اكتب اسمك القانوني الكامل (اسم العائلة، الاسم الأول، الاسم الأوسط).
2. **تاريخ الميلاد:** استخدم شهر/يوم/سنة.
3. **رقم Medi-Cal:** أدخل رقم Medi-Cal الخاص بك، إذا كان لديك رقم.
4. **عنوان البريد الإلكتروني:** أدخل بريدًا إلكترونيًا تتحقق منه بانتظام.
5. **رقم الهاتف:** أفضل رقم هاتف للوصول إليك.
6. **آخر ٤ أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN):** أدخل آخر أربعة أرقام فقط من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي أو كنت لا تعرف ما هو رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فيرجى تركه فارغًا.
7. **العنوان:** عنوانك البريدي الحالي.
8. **رقم تعريف Sage:** قدم رقم السجل الطبي لـ Sage EHR الخاص بك، إذا كان معروفًا. إذا كان غير معروف، فاتركه فارغًا أو اسأل مقدم الخدمة الخاص بك.

## القسم الثاني — الكيانات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

لا توجد كتابة مطلوبة في هذا القسم. يوضح هذا القسم أنك تفوض مقدمي خدمات علاج إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها **الحاليين، والسابقين، والمستقبليين** بالإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بك إلى **إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها وإلى جهات الدفع الخارجية** (دائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا، وخطط الرعاية المُدارة، وخطط التأمين) لأغراض **الدفع وعمليات الرعاية الصحية**

## القسم الثالث — معلومات مهمة أخرى

لا تحتاج إلى كتابة أي شيء في هذا القسم. اقرأ كل قسم فرعي بعناية.

- **تاريخ انتهاء السريان:** تظل موافقتك سارية حتى تقوم بإلغائها.
- **الحماية:** سجلاتك محمية بموجب القوانين الفيدرالية وفقًا للجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية و**قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة**.
- **الحق في عدم التوقيع:** يمكنك رفض التوقيع، وإذا قمت بذلك فستكون مسؤولاً عن **التكاليف المرتبطة برعايتك**.
- **الحق في الحصول على نسخة:** يجوز لك طلب نسخة من الموافقة الموقعة.
- **إعادة الإفصاح:** قد تجري إعادة الإفصاح عن بعض معلوماتك بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة في ظل ظروف محدودة.
- **الحماية القانونية:** لا يمكن استخدام معلوماتك في الإجراءات القانونية دون موافقة منفصلة.
- **الحق في الإلغاء:** يجوز لك إلغاء هذه الموافقة في أي وقت. لا يمكن استرداد المعلومات التي جرت مشاركتها بالفعل.

## القسم الرابع — توقيع العميل أو الممثل القانوني

في هذا القسم تمنح الإذن رسميًا بالإفصاح.

1. **الاسم بخط واضح:** اسمك القانوني الكامل.
2. **التوقيع:** وقّع باسمك.
   a. إذا كنت لا تستطيع الكتابة، يجوز لك التوقيع بوضع علامة.
   b. في حالة التوقيع بوضع علامة، يجب على **شاهدين** استكمال قسم الشهود.
3. **التاريخ:** أدخل تاريخ التوقيع.
4. **في حالة التوقيع من قبل ممثل قانوني:**
   a. حدد صلة القرابة (على سبيل المثال، أحد الوالدين، وصي، وما إلى ذلك).
   b. حدد الصلاحية (على سبيل المثال، أمر محكمة، وصاية، وما إلى ذلك).
5. **قسم الشهود** ***(فقط إذا وقّع العميل بوضع علامة أو إذا كان العميل قاصرًا ويتطلب مو افقة من والديه/الوصي عليه أو الممثل القانوني)***

   يجب على شاهدين:
   - كتابة اسمهما (أسمائهما) بخط مقروء
   - التوقيع باسمهما (أسمائهما)

إذا وقّع **ممثل قانوني**، فيجب عليه توضيح صلة القرابة وصلاحيته القانونية للقيام بذلك. إذا وقّع العميل **بوضع علامة**، يجب على شاهدين كتابة اسمهما بخط واضح والتوقيع.

يجب توقيع نموذج الموافقة من قِبل القاصر وأحد الوالدين، أو الوصي، أو الممثل القانوني عندما تكون موافقة أحد الوالدين، أو الوصي، أو الممثل القانوني مطلوبة لتقديم الاستشارة بشأن اضطراب تعاطي المواد المخدرة أو علاج القاصر. يقوم أحد الوالدين، أو الوصي، أو الممثل القانوني بكتابة اسمه بالكامل بخط واضح، والتوقيع، ووضع التاريخ على سطر التوقيع الأول ضمن القسم الرابع "توقيع العميل أو الممثل القانوني" وذكر صلة قرابته بالعميل على السطر الموجود أسفل سطر التوقيع الأول. سيكتب القاصر اسمه بخط واضح ويوقع في حقل توقيع الشاهد الأول.

### القسم الخامس — إشعار مرفق بالإفصاحات

هذا هو إشعار السرية المطلوب وفقًا للجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية والذي سيرافق معلوماتك. لا توجد كتابة مطلوبة في هذا القسم. إن الإشعار المرفق بالإفصاحات هو إشعار سرية سيرافق السجلات الصادرة وفقًا لما جرى التصريح به من خلال توقيع هذا النموذج. يخطر إشعار السرية المتلقي بأن السجلات التي يجري استلامها محمية بموجب قوانين السرية المعمول بها في الولاية والقوانين الفيدرالية ولا يمكن مشاركتها مع كيانات أخرى غير مصرح لها بموجب نموذج الموافقة هذا.

### القسم السادس — إلغاء الموافقة

أكمل هذا القسم **فقط عندما ترغب في إلغاء مو افقتك (أي في المستقبل).**

#### الخطوة ١ — معلومات مقدم الخدمة

املأ بيانات مقدم العلاج:

- **اسم المؤسسة**
- **العنوان البريدي الكامل**

#### الخطوة ٢ — توقيع الإلغاء

1. **اكتب اسمك بخط واضح**
2. **وقّع باسمك (أو ضع علامة).**
3. **ضع تاريخ الإلغاء (شهر/يوم/سنة)**
4. في حالة توقيع **ممثل قانوني، حدد صلة القر ابة والصلاحية** للقيام بذلك
5. في حالة التقديم مباشرةً إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، يُرجى **تضمين نسخة من بطاقة الهوية الصادرة عن الحكومة** للتحقق من هويتك

#### الخطوة ٣ — الشهود (إذا كان التوقيع بوضع علامة أو إذا كان العميل قاصرًا ويتطلب موافقة من والديه/الوصي عليه أو الممثل القانوني)

يجب على شاهدين، أو القاصر، كتابة اسمهما بخط واضح والتوقيع.

#### الخطوة ٤ — تقديم الإلغاء

إذا كنت قد قدمت الموافقة في الأصل مباشرةً إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، فيجوز لك إرسال الإلغاء:

- **عبر البريد الإلكتروني الآمن** إلى HIM@ph.lacounty.gov-SAPC (يجب تضمين نسخة من بطاقة الهوية الصادرة عن الحكومة)
- **بالبريد** إلى عنوان إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها المدرج في النموذج

يُرجى إرسال الإلغاءات إلى مقدم الخدمة الخاص بك، أو الوكالة، أو إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها باستخدام التعليمات الموضحة في النموذج.

## تعريفات إضافية

#### التفويض / الموافقة

وثيقة خطية وموقعة تفي بجميع متطلبات الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية، بما في ذلك:

- الغرض من الإفصاح
- من يجوز له الإفصاح
- من يجوز له الاستلام
- ما هي المعلومات التي يجوز مشاركتها
- تاريخ انتهاء السريان
- التوقيع والتاريخ

جرى تصميم كل نموذج للإفصاح عن المعلومات (ROI) تابع لإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها لتلبية هذه المتطلبات لغرضه المحدد

### تنسيق الرعاية

التواصل والتعاون بين مقدمي الخدمات لدعم علاج العميل، والإحالات، وإدارة الحالات، واستمرارية الرعاية.

### العميل

الفرد الذي يتلقى خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة. العميل هو الشخص الذي قد تجري مشاركة معلوماته الصحية المحمية (PHI) عندما يوقع على نموذج الإفصاح عن المعلومات.

### الكيان

أي مؤسسة، أو وكالة، أو مقدم خدمة، أو محكمة، أو محامٍ، أو فرد مصرح له بتلقي معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة أو الإفصاح عنها. أمثلة: مقدمو خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، ودائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا، وخطط الرعاية المدارة، والمحاكم، ودائرة مراقبة السلوك، ومقدمو الرعاية الأولية.

### الإجراءات القانونية

أي إجراءات جنائية، أو مدنية، أو إدارية، أو تشريعية قد تُطلب فيها معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة أو تُستخدم ضد العميل. أمثلة: جلسات المحكمة، والمراقبة، وقضايا رعاية الطفل، وجلسات تحديد استحقاق إعانات الضمان الاجتماعي.

### الممثل القانوني

شخص مخول قانونيًا باتخاذ القرارات نيابة عن العميل. الأمثلة:

- وصي مُعيّن من قِبل المحكمة
- الوصي القانوني
- أحد والدي القاصر، ويجوز لهما توقيع نموذج الإفصاح عن المعلومات فقط عندما تتوفر لديهما سلطة قانونية موثقة.

### معيار الحد الأدنى الضروري

بموجب تعريفات قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة، يجوز مشاركة أقل قدر من المعلومات اللازمة لتحقيق الغرض من الموافقة.

### الدفع وعمليات الرعاية الصحية

الأنشطة الإدارية اللازمة لإصدار الفواتير، أو السداد، أو إدارة خدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، بما في ذلك:

- فواتير Medi-Cal
- التحقق من الأهلية
- مراجعة الاستخدام
- متطلبات بيانات خطة الرعاية المُدارة
- تحسين الجودة
- عمليات التدقيق ومراجعات الامتثال

### إعادة الإفصاح

أي مشاركة لمعلومات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة بعد الإفصاح الأولي. بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية، تُعد إعادة الإفصاح **مسموحًا** بها، باستثناء الإجراءات القانونية.

### إلغاء الموافقة

يحق للعميل سحب موافقته في أي وقت. لا يمكن أن يؤدي سحب الموافقة إلى التراجع عن عمليات الإفصاح السابقة التي جرت بالفعل عندما كانت الموافقة سارية المفعول. يجب أن يكون الإلغاء كتابيًا أو يجري استكماله باستخدام قسم الإلغاء في نموذج الإفصاح عن المعلومات.

### جهة الدفع من طرف ثالث

أي جهة مسؤولة عن دفع أو تعويض تكاليف خدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة بخلاف العميل نفسه. أمثلة: Medi-Cal، ودائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا، وخطط الرعاية المُدارة، والتأمين الخاص.

### مقدم العلاج / شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها

أي برنامج لعلاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة متعاقد مع إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها في مقاطعة لوس أنجلوس، بما في ذلك برامج العيادات الخارجية، والبرامج السكنية، وبرامج علاج الإدمان بالمواد الأفيونية (OTP)، وبرامج إدارة أعراض الانسحاب، وبرامج دعم التعافي.

### شاهد

شخص يشهد على توقيع العميل على نموذج الإفصاح عن المعلومات **بوضع علامة** (عندما يتعذر على العميل التوقيع كتابةً). يجب على شاهدين (٢) كتابة اسمهما بخط واضح والتوقيع حتى تُعتبر العلامة صالحة.