

طبق «قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی» (Health Insurance Portability and Accountability Act، HIPAA)، شما حق دارید اطلاعات سلامتی موجود در مجموعه سوابق تعیین شده خود را مشاهده و نسخه‌ای از آن دریافت کنید. HIPAA مجموعه سوابق تعیین شده را به‌عنوان گروهی از سوابق تعریف می‌کند که «طرح سلامت خانواده سانتا کلارا» (Santa Clara Family Health Plan، SCFHP) در مورد یک عضو در پرونده خود دارد.

سوابق اعضای SCFHP ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- اطلاعات ثبت‌نام
- اطلاعات مربوط به واجد شرایط بودن
- پرداخت‌های مربوط به مطالبات
- سوابق پزشکی مربوط به مجوز درمان، ارجاع به پزشکان متخصص یا مراکز درمانی
- سایر اطلاعاتی که به SCFHP کمک می‌کند تا مراقبت‌های پزشکی عضو و کیفیت آن را تعیین کند.

سوابق کامل پزشکی در مطب پزشک نگهداری می‌شوند. اگر می‌خواهید به سوابق پزشکی خود دسترسی پیدا کنید، با مطب پزشکتان تماس بگیرید.

در موارد زیر، حق دسترسی به سوابق خود را نخواهید داشت:

- یادداشت‌های مربوط به روان‌درمانی (مراقبت‌های سلامت روان)
  - اطلاعات موردنیاز برای اقدام یا دادرسی مدنی، کیفری یا اداری
  - اطلاعات سلامت حفاظت شده که:
- (a) مشمول «اصلاحیه‌های بهبود آزمایشگاه بالینی سال ۱۹۸۸ (CLIA)»، 42 USC 263a است، در حدی که ارائه دسترسی به شما توسط قانون ممنوع شده باشد؛ یا
- (b) بر اساس 42 CFR 493.3(a)(2) از «اصلاحیه‌های بهبود آزمایشگاه بالینی سال ۱۹۸۸ (CLIA)» معاف باشد.

شما می‌توانید مجموعه سوابق تعیین شده خود را از SCFHP با تکمیل فرم زیر درخواست کنید. SCFHP ظرف ۳۰ روز از تاریخ دریافت درخواست شما، با تأیید یا رد درخواست پاسخ خواهد داد.

اگر تصمیم ما این باشد که اجازه مشاهده و/یا دریافت کپی تمام یا بخشی از مجموعه سوابق تعیین شده خود را ندارید، این موضوع را به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. در نامه رد درخواست، به شما موارد زیر اعلام خواهد شد:

- دلایل رد درخواست شما
- اطلاعات بیشتر در مورد اینکه آیا شما حق بازنگری درباره این رد را دارید یا خیر

اگر درخواست شما برای مشاهده و/یا دریافت کپی از مجموعه سوابق تعیین شده پذیرفته شود، ما:

- به شما اعلام خواهیم کرد که درخواست شما پذیرفته شده است
- به شما خواهیم گفت که چگونه می‌توانید اطلاعات را دریافت کنید

لطفاً سوابقی را که از SCFHP درخواست می‌کنید، فهرست کنید. در صورتی که سوابق مورد درخواست شما در SCFHP ایجاد نشده باشند یا در فهرست موارد غیرقابل دسترسی بالا ذکر شده باشند، ممکن است SCFHP درخواست شما را رد کند.

---

---

---

---

چگونه مایلید اطلاعات را دریافت کنید؟  شما نسخه کاغذی (کپی) را در آدرس زیر تحویل خواهید گرفت:

**Santa Clara Family Health Plan**  
**6201 San Ignacio Ave**  
**San Jose, CA 95119**

چه زمانی می‌توانید برای دریافت اطلاعات به SCFHP مراجعه کنید؟

---

تاریخ و زمان

یک کپی به شماره فکس زیر ارسال شود: \_\_\_\_\_

یک کپی به آدرس ایمیل زیر ارسال شود: \_\_\_\_\_

یک کپی به آدرس پستی زیر ارسال شود: \_\_\_\_\_

---

---

اگر SCFHP نتواند اطلاعات را به روش درخواستی شما در اختیارتان قرار دهد، با شما تماس خواهیم گرفت تا در مورد راه‌های دیگر برای ارسال اطلاعات صحبت کنیم.

#### خلاصه اطلاعات موجود در سوابق شما

در برخی موارد، قانون به SCFHP اجازه می‌دهد که اطلاعات کمتری از آنچه درخواست کرده‌اید، به شما ارائه دهد. اگر تصمیم ما این باشد که نمی‌توانیم تمام اطلاعات درخواستی‌تان را به شما بدهیم، به شما اطلاع خواهیم داد که فقط می‌توانیم خلاصه‌ای از اطلاعاتتان را ارائه دهیم.

آیا موافقت می‌کنید که به‌جای دسترسی کامل، خلاصه‌ای از اطلاعات درخواستی را دریافت کنید؟

بله  خیر

#### هزینه کپی سوابق شما

«طرح سلامت خانواده سانتا کلارا» (Santa Clara Family Health Plan) (SCFHP) ممکن است برای پوشش هزینه‌های کار، تکثیر، پست و تهیه خلاصه‌ای از اطلاعات درخواستی، هزینه‌ای مطالبه کند. پس از تعیین هزینه، مبلغ کل به شما اطلاع داده خواهد شد.

آیا با چنین هزینه‌هایی که توسط «طرح سلامت خانواده سانتا کلارا» برای ارائه یک نسخه یا خلاصه‌ای از اطلاعات درخواستی تعیین می‌شود، موافق هستید؟  
 بله  خیر

نام عضو (با حروف بزرگ) \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_  
امضای عضو \_\_\_\_\_

اگر از طرف عضو SCFHP (مثلاً فرزندان یا بزرگسال معلول) امضا می‌کنید، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کنید.

نام نماینده شخصی \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_  
نسبت با عضو: \_\_\_\_\_

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق شماره تلفن (TTY: 711) 1-800-260-205، با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

لطفاً فرم تکمیل‌شده را از روش‌های زیر برگردانید:

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتری تماس بگیرید:

اعضای SCFHP DualConnect  
(HMO D-SNP) :  
با شماره 1-877-723-4795 تماس بگیرید  
(TTY: 711)  
7 روز هفته از 8 صبح تا 8 شب.

اعضای Medi-Cal:  
با شماره 1-800-260-2055 تماس بگیرید  
(TTY: 711)  
دوشنبه تا جمعه، 8:30 صبح تا 5 بعد از ظهر

لطفاً فرم تکمیل‌شده را از روش‌های زیر برگردانید:  
پست ایالات متحده:

فکس:  
Santa Clara Family Health Plan  
Attn: Customer Service  
1-408-874-1965

Santa Clara Family Health Plan  
Attn: Customer Service  
PO Box 18880  
San José, CA 95158

Medi-Cal قرارداد دارد. ثبت‌نام در DualConnect به تمدید قرارداد بستگی دارد.  
Santa Clara Family Health Plan DualConnect یک HMO D-SNP است که با Medicare و Medi-