

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48108-1633 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p>تفويض للإفصاح عن نسخ من سجل طبي AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Arabic) <i>(يطلب المريض أن تُرسل المعلومات من UMH)</i> <i>(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</i></p>	<p>For Clinic Use Only: <input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please send form to Central Imaging <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed Date Received: _____ Date Processed: _____ Processed By: _____ <input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
--	---	--

يرجى إكمال هذا النموذج بالكامل حتى تتمكن من مساعدتك في تلقي المعلومات التي تطلبها.

Please complete this form in its entirety so we can help you receive the information you are requesting.

1. هذا التفويض اختياري. أفهم أن طب ميتشيجان لن تقرر خيارات العلاج، الدفع، التسجيل أو الأهلية للحصول على المزايا بناءً على توقيعك هذا المستند. يرجى الاطلاع على الصفحة الثانية لجدول الرسوم لدينا.

اسم المريض: _____ الاسم قبل الزواج / يُعرف أيضا بـ: _____ تاريخ الميلاد: _____
عنوان الشارع: _____ رقم السجل الطبي (اختياري): _____
المدينة / الولاية / الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف #: _____
عنوان البريد الإلكتروني: _____

This authorization is voluntary. I understand that Michigan Medicine will not base treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my signing this document. Please see the second page for our fee schedule.

Patient Name: _____ Maiden/AKA: _____ Date of Birth: _____
Street Address: _____ MRN (optional): _____
City/State/Zip: _____ Telephone #: _____
Email Address: _____

2. لنفسي: أطلب من طب ميتشيجان الإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية لنفسى على العنوان المذكور أعلاه.

اختر طريقة التوصيل: عبر بوابة المريض MyUofMHealth.org إلكترونيا (إرسال رابط ويب بالبريد الإلكتروني) بريد يو أس ميل

Myself: I request Michigan Medicine to release my protected health information to Myself to the address listed above.

Select delivery method: MyUofMHealth.org Patient Portal Electronic (email web link) US MAIL

3. لجهة أخرى: أنا المريض أو الممثل المفوض قانوناً للمريض المذكور أعلاه وأطلب من طب ميتشيجان الإفصاح عن معلوماتي الصحية المحمية (أو معلومات المريض المذكور أعلاه) لـ:

فرد / شخص: _____ الشركة / المنظمة: _____
عنوان الشارع: _____
المدينة / الولاية / الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف #: _____
 اختر طريقة التوصيل: رقم الفاكس # (مقدمو الخدمات الصحية فقط / مستعجل): _____
 بريد يو أس ميل تسليم معتمد ثاني يوم (رسوم إضافية) بالبريد الإلكتروني

Other: I am the patient, or the legally authorized representative of the patient listed above and request Michigan Medicine to release my protected health information (or the patient information listed above) to:

Individual/Person: _____ Company/Organization: _____

Street Address: _____

City/State/Zip: _____ Telephone #: _____

Select delivery method: Fax # (only health providers / urgent): _____

US Mail Certified Overnight Delivery (extra charge) E-mail _____

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48108-1633 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p>تفويض للإفصاح عن نسخ من سجل طبي AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Arabic) <i>(يطلب المريض أن تُرسل المعلومات من UMH)</i> <i>(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</i></p>	<p>For Clinic Use Only:</p> <p><input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please send form to Central Imaging</p> <p><input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed</p> <p>Date Received: _____</p> <p>Date Processed: _____</p> <p>Processed By: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
--	---	--

4. الغرض من التحرير/الإفصاح لشخص/منظمة أخرى:

مجموعة السجلات الموصى بها (كما هو موضح في القسم 5)

- الحزمة 1
الحزمة 2 لنطاق زمني محدد
الحزمة 1 لنطاق زمني محدد
الحزمة 1 من تاريخ الحادث
بناءً على توجيهات المريض

- الغرض من الإفصاح
- مواصلة الرعاية / نقل الرعاية
- محامي / قانوني
- شركة تأمين
- تعويض العامل
- توجيه المريض
- أخرى (الرجاء التحديد):

Purpose of release/disclosure to other person/organization:

Reason for Disclosure

- Continuation of Care/Transfer of Care
 Attorney/Legal
 Insurance Company
 Workman's Compensation
 Patient Directive
 Other (specify): _____

Recommended Record Set (as described in Section 5)

- Package 1
Package 2 for a selected date range
Package 1 for a selected date range
Package 1 from date of incident
As directed by Patient

5. مجموعة السجل التي سيتم تحريرها للطرف المشار إليه أعلاه: استخدم النموذج 70-10232 للإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي الكحول / تعاطي المخدرات. أطلب الإفصاح عن المعلومات التالية، والتي قد تشمل: تعاطي الكحول والمخدرات/العلاج؛ تقديم المشورة النفسية والعمل الاجتماعي، فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز أو المضاعفات المرتبطة بالإيدز، الأمراض المعدية أو العدوى، بما في ذلك الأمراض المنقولة جنسياً والأمراض التناسلية، السل والتهاب الكبد؛ المعلومات الجينية والمعلومات الديموغرافية للأغراض والشروط المحددة في هذا النموذج.

Record set to be released to the party indicated above: Use form 70-10232 for release of alcohol / substance use disorder info.

I request the following information be released, which may include: *alcohol and drug abuse/treatment; psychological and social work counseling; HIV, AIDS or ARC; communicable disease or infections, including sexually transmitted diseases, venereal disease, tuberculosis and hepatitis; genetic information and demographic information, for the purposes and conditions designated on this form.*

اختيارات الحزمة (على النحو الموصى به في القسم 4 ، قد يتم تحديد المزيد أدناه):

Package selections (as recommended in Section 4, more may be specified below):

- الحزمة 1: الوثائق السريرية الرئيسية المكتوبة (تشمل، عند الاقتضاء، التاريخ الطبي والكشوفات، ملخص تعليمات المغادرة، تقارير الجراحة، استشارات، ملاحظات زيارة العيادات الخارجية، وتقارير الاختبارات وملاحظات طبيب الطوارئ) المتعلقة بحدث أو إصابة أو مرض معين من ____/____/____ (الشهر/اليوم/السنة) إلى ____/____/____ (الشهر/اليوم/السنة) في حالة عدم وجود تواريخ مدرجة، خلال الـ 24 شهرًا الماضية.

- Package 1: **Key Clinical** Written Documentation (includes, as applicable, history & physical, discharge summary, operative reports, consults, outpatient visit notes, test reports, ER clinician notes) related to a specific incident, injury or illness from ____/____/____ (mm/dd/yyyy) to ____/____/____ (mm/dd/yyyy). **If no dates listed, for the past 24 months**

- الحزمة 2: **كل الوثائق السريرية المكتوبة** من تاريخ ____/____/____ (الشهر/اليوم/السنة) إلى ____/____/____ (الشهر/اليوم/السنة) (تشمل، عند الاقتضاء، محتويات الحزمة 1 مع ملاحظات التمريض، مخططات العمل، تقارير سجلات إدارة الأدوية، وأمر الطبيب، إلخ).

Package 2: **All Clinical** Written Documentation from ____/____/____ (mm/dd/yyyy) to ____/____/____ (mm/dd/yyyy) (includes, as applicable, Package 1 contents along with nursing notes, flow sheets, medication administration records, physician orders, etc.).

MICHIGAN MEDICINE
Revenue Cycle Mid Service (HIM)
Release of Information (ROI) Unit
3621 S. State Street 700 KMS Place
Bay 11 – Mid Service
Ann Arbor, Michigan 48108-1633
Phone: (734) 936-5490
Fax: (734) 936-8571

تفويض
للإفصاح عن نسخ من سجل طبي
AUTHORIZATION
TO RELEASE COPIES OF A
MEDICAL RECORD (Arabic)
(يطلب المريض أن تُرسل المعلومات من UMH)
(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)

For Clinic Use Only:
 Records sent from Clinic – please send form to Central Imaging
 Mailed Picked Up Faxed
Date Received: _____
Date Processed: _____
Processed By: _____
 Forwarding Request to ROI for processing

سجلات أخرى (يرجى التحديد) _____

Other Records (Please specify): _____

مقدمو رعاية محدون فقط: _____

Only Specific Providers: _____

يرجى الاتصال بالأقسام الفردية أدناه لطلب سجلاتهم (حسب الاقتضاء):
* سجلات الفواتير - اتصل (855) 855-0863
* صور أفلام الأشعة: اتصل بالرقم (734) 936-4517 قد يتم تطبيق رسوم إضافية
* شرائح علم الأمراض: اتصل بالرقم (800) 862-7284 قد يتم تطبيق رسوم إضافية

Please contact the individual departments below to request their records (as applicable):
*Billing Records – Call (855) 855-0863
*Radiology Films Images: Call (734) 936-4517 Additional Charges May Apply
*Pathology Slides: Call (800) 862-7284 Additional Charges May Apply

6. تنتهي صلاحية هذا التفويض في: _____ (حدد تاريخ انتهاء الصلاحية أو الحدث).
إذا تم ترك تاريخ انتهاء الصلاحية فارغاً، فستنتهي صلاحية التفويض بعد 60 يوماً من تاريخ التوقيع.
This authorization expires on: _____ (specify expiration date or event).
If the expiration date is left blank, the authorization expires 60 days from the signature date.

7. إبطال (الغاء) التفويض: يمكنني إبطال (الغاء) هذا التفويض في أي وقت. الإبطال (الإلغاء) يجب أن يكون كتابياً ويجب أن يُرسل إلى Michigan Medicine Revenue Cycle Mid Service (HIM) وحدة الإفصاح عن المعلومات على العنوان المذكور على هذا النموذج. لن ينطبق الإبطال (الإلغاء) على المعلومات التي تم الإفصاح عنها من قبل. إذا تم الحصول على هذا التفويض كشرط لتوفير تغطية التأمين، فإن التفويض لن يسري على شركة التأمين الخاصة بي إلى الحد الذي يتيح فيه القانون لشركة تأميني الحق للطعن في المطالبة بموجب وثيقة التأمين، أو على وثيقة التأمين نفسها.

Revoking (cancelling) authorization: I may revoke (cancel) this authorization at any time. Revocations (cancellations) must be made in writing and sent to the Michigan Medicine Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information Unit at the address listed on this form. Revocations (cancellations) will not apply to information that already has been released. If this authorization was obtained as a condition of providing insurance coverage, the authorization will not apply to my insurance company to the extent the law provides my insurer with the right to contest a claim under the policy, or the policy itself.

8. ملاحظة: بمجرد الإفصاح عن المعلومات، فلن يعود بمقدور طب ميتشيجان حمايتها من مزيد الإفصاح.

Note: Once information has been disclosed, Michigan Medicine can no longer protect it from further disclosure.

9. الدفع: ستكون هناك رسوم مرتبطة بمعظم طلبات الملفات كما هو موضح أدناه. تحقق مما إذا كانت الموافقة على الرسوم مطلوبة
Payment: There will be fees associated with most record requests as outlined below. Check if Fee Approval Required

_____ / _____ / _____
التاريخ (الشهر/اليوم/السنة)
توقيع المريض أو الممثل الذي ينوب عنه قانونياً (إذا كان المريض قاصراً أو غير قادر على التوقيع)
يجب أن تشمل التوقيعات الإلكترونية إشهاداً باسم/تاريخ/التوقيت الذي وقع فيه الشخص على النموذج

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign) DATE (mm/dd/yyyy)
Electronic signatures must include an attestation of the Name/Date/Time the individual signed the form

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48108-1633 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p>تفويض للإفصاح عن نسخ من سجل طبي AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Arabic) <i>(يطلب المريض أن تُرسل المعلومات من UMH)</i> <i>(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</i></p>	<p>For Clinic Use Only:</p> <p><input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please send form to Central Imaging</p> <p><input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed</p> <p>Date Received: _____</p> <p>Date Processed: _____</p> <p>Processed By: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
--	---	--

كتابة اسم الممثل الذي ينوب عن المريض قانونياً (إذا كان المريض قاصراً أو غير قادر على التوقيع) صلة القرابة للمريض: زوج / زوجة أحد الوالدين أقرب الأقارب الموكل القانوني التوكيل القانوني الدائم للرعاية الصحية (ارفق نسخة)

Printed Name of Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign)

Relationship to Patient: Spouse Parent Next-of-Kin Legal Guardian DPOA for Healthcare (attach copy)

معلومات إضافية بخصوص طلبك

Additional Information Regarding Your Request

طلب السجلات الطبية نيابة عن شخص آخر

REQUESTING MEDICAL RECORDS ON BEHALF OF ANOTHER PERSON

إذا كنت تطلب سجلات طبية لشخص آخر غيرك، فقد يُطلب منك تقديم وثائق إضافية لإثبات أن لديك حقاً قانونياً في طلب مجموعة السجلات. أمثلة على هذه الوثائق تتضمن خطابات التمثيل وأوراق الوصاية وإفادات الوريث القانوني وما إلى ذلك. رجاءً اتصل بوحدة الإفصاح عن المعلومات على (734) 936-5490 لتحديد الوثائق المطلوبة لمعالجة طلبك.

If you are requesting medical records for someone other than yourself, you may be required to provide additional documentation to show that you have a legal right to request the record set. Examples of these documents include Letters of Representation, Guardianship Papers, Affidavits of Heir at Law, etc. Please contact the Release of Information Unit at (734) 936-5490 to determine the documentation that will be required to process your request.

تقديم الطلبات واستلام نسخ السجلات – لا توجد خدمات عند الحضور الشخصي:

SUBMITTING REQUESTS & RECEIVING RECORD COPIES - No In-Person Service:

بالبريد فقط - لا توجد خدمات عند الحضور تُرسل إلى Revenue Cycle – Mid Service (HIM), Release of Information Unit على العنوان

- **MAIL ONLY – NO WALK-IN SERVICES** to Revenue Cycle – Mid Service (HIM), Release of Information Unit at 3621 S. State Street 700 KMS Place, Bay 11 – Mid Service, Ann Arbor, MI 48108-1633
- عن طريق الفاكس إلى Revenue Cycle Mid Service (HIM), Release of Information Unit على الرقم (734) 936-8571
- Faxed to Revenue Cycle Mid Service (HIM), Release of Information Unit at (734) 936-8571

متوسط الوقت المستغرق لمعالجة الطلبات هو خمسة أيام عمل بالإضافة إلى وقت الشحن. سيتم إرسال السجلات عبر بريد «يو أس ميل»، ما لم يُطلب خلاف ذلك. سيتم إرسال السجلات اللازمة لحالات الطوارئ الطبية بالفاكس مباشرة إلى الطبيب أو المنشأة الطبية. يرجى إرفاق رقم هاتفك في طلبك، في حال احتجنا إلى الاتصال بك للحصول على معلومات إضافية. للأسئلة المتعلقة بطلبات نسخ السجلات الطبية، يرجى الاتصال بـ: Revenue Cycle Mid Service - وحدة الإفصاح عن المعلومات على الرقم (734) 936-5490.

Our average turnaround time for processing requests is five business days plus shipping time. Unless otherwise requested, records will be sent through US Mail. Records needed for medical emergencies will be faxed directly to a physician or medical facility. Please include your phone number on your request, in case we need to contact you for additional information. For

70-10328	VER: A/24 HIM: 11/24	MEDICAL RECORD		HIM ROI AUTHORIZATION
----------	-------------------------	----------------	---	-----------------------

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48108-1633 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p>تفويض للإفصاح عن نسخ من سجل طبي</p> <p>AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Arabic)</p> <p><i>(يطلب المريض أن تُرسل المعلومات من UMH)</i> <i>(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</i></p>	<p>For Clinic Use Only:</p> <p><input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please send form to Central Imaging</p> <p><input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed</p> <p>Date Received: _____</p> <p>Date Processed: _____</p> <p>Processed By: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
--	--	--

questions regarding requests for medical record copies, please contact: Revenue Cycle Mid Service – Release of Information Unit at (734) 936-5490.

يتم الترخيص بالرسوم وتحديثها سنويا من خلال قانون الوصول إلى السجلات الطبية الصادر عن ولاية ميتشيجان 47 لـ 2004، MCL 333.26269. تُقدم إرشادات إضافية حول الرسوم بموجب القوانين الفيدرالية. قد تتطلب بعض السجلات المطلوبة للاستخدام القانوني أو التأميني أو الشخصي دفع مسبق. إذا كان طلبك يتطلب دفعا مسبقا، فسيتم إرسال إشعار بالرسوم إليك عند استلام طلبك. ستتم إضافة رسوم البريد الفعلية وولاية ميتشيجان إلى الرسوم الموضحة أدناه. يمكن العثور على جدول الرسوم الحالي على <https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/medical-records>. سيتم فرض رسوم السجلات على النحو التالي اعتبارًا من أبريل 2018:

FEES are authorized and updated annually by the State of Michigan Medical Records Access Act, P.A. 47 of 2004, MCL 333.26269. **Additional fee guidance is provided under federal regulations.** Some records requested for legal, insurance, or personal use may require a prepayment. If your request requires pre-payment, a fee notice will be sent to you upon receipt of your request. Actual postage and Michigan State tax will be added to the fees outlined below. The current Fee Schedule can be found at <https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/medical-records>. Records fees will be billed as follows as of April 2018:

المحامون وشركات التأمين:

- الرسوم الإدارية على النحو الذي يسمح به قانون الولاية - انظر جدول الرسوم
- الرسوم لكل صفحة - انظر جدول الرسوم
- رسوم البريد الفعلية حسب الاقتضاء
- حسب رغبة المريض - انظر جدول الرسوم

المرضى:

- بوابة المريض «بوابة صحي بجامعة ميتشيجان» (MyUofMHealth) - بدون رسوم
- التسليم الإلكتروني للسجلات الإلكترونية - انظر جدول الرسوم
- تحويل السجلات الإلكترونية إلى سجلات ورقية وإرسالها بالبريد- انظر جدول الرسوم
- التسليم الإلكتروني للسجلات الورقية - انظر جدول الرسوم
- إرسال السجلات الورقية بالبريد- انظر جدول الرسوم

Patients:

- MyUofMHealth Patient Portal – No fee
- Electronic Records Electronic Delivery – See Fee Schedule
- Electronic records to Paper Mailed – See Fee Schedule
- Paper Records Electronic Delivery – See Fee Schedule
- Paper Records to Paper Mailed – See Fee Schedule

Attorneys and Insurance Companies:

- Clerical Fee as permitted by State Law – See Fee Schedule
- Per Page Fees – See Fee Schedule
- Actual Postage Fees as Applicable
- Patient Directives – See Fee Schedule

كيف يمكنني الحصول على نسخ إلكترونية أو ورقية من سجلاتي الصحية؟



شركة فايتال شارث (Vital Chart) هي البائع المعتمد الذي يوفر نسخًا من السجلات الطبية لمرضى طب ميتشيجان وعائلاتهم. رسائل البريد الإلكتروني ذات الصلة بإرسال السجلات ستأتي من فايتال شارث Vital Chart

خدمات بدون تكلفة:

لا توجد رسوم على طلب السجلات من خلال حساب بوابة المريض الخاصة بك MyUofMHealth Patient Portal للسجلات التي يمكن الإفصاح عنها عبر حساب البوابة).

ما هي التكلفة اعتباراً من عام 2024؟

التكلفة	نوع السجل	السجلات الطبية التي يتم إصدارها
مجانا	أي سجل متاح للتسليم بالبوابة	حساب بوابة المريض الخاصة بك MyUofMHealth
\$6.89	سجل إلكتروني يُسَلَّم إلكترونياً	مباشرةً إلى المريض
\$6.89	تسليم السجلات الإلكترونية أو غيرها بشكل ورقي	مباشرةً إلى المريض
\$6.89	سجل إلكتروني يُسَلَّم إلكترونياً	توجيهات المريض بإرسال السجلات إلى فرد من العائلة
الرسوم الأولية: \$30.60 زائد رسوم كل صفحة على حدى للمستندات المحولة (انظر أدناه)	السجلات الإلكترونية والسجلات التي تتطلب التحويل تُسَلَّم إلكترونياً	توجيهات المريض بإرسال السجلات إلى طرف ثالث
الرسوم الأولية: \$30.60		طلبات طرف ثالث للسجلات الطبية (المحامون والتأمين وجميع الأطراف الأخرى)
الصفحات من: 1 إلى 20 لكل صفحة \$1.53		
الصفحات من: 21 إلى 50 لكل صفحة \$0.77	تسليم السجلات الإلكترونية أو غيرها بشكل ورقي	
الصفحات من: 51 فما أكثر لكل صفحة \$0.31		

** الرسوم لا تشمل رسوم البريد والضرائب

لا توجد أي رسوم إذا تم إرسال السجلات مباشرةً إلى طبيبك لمواصلة رعايتك.

الفاكس: 734 936 8571

رقم الهاتف: (734) 936-5490

العنوان لوحدة إفصاح المعلومات عن طريق البريد فقط:

Release of Information
3621 S. State 700KMS PI
Bay 11 – Mid Service
Ann Arbor, MI 48109-1633

**لا تتوفر خدمات مباشرة بالحضور الشخصي

نحن نسعى جاهدين للاستجابة لطلبكم في غضون 5 إلى 7 أيام عمل ولكن يرجى السماح بما يصل إلى 30 يوماً لمعالجة الطلب.