إشعار ممارسات الخصوصية

معلوماتك. حقوقك. مسؤولياتنا.

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام معلوماتك الطبية والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات.
يُرجى الاطلاع عليه بعناية.

حقوقك

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، فإنك تتمتع بحقوق معينة. يشرح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا لمساعدتك.

الحصول على نسخة من السجلات الخاصة بصحتك ومطالباتك

- يمكنك أن تطلب الاطلاع على سجلات الصحة والمطالبات وغيرها من المعلومات الصحية التي لدينا عنك أو الحصول على نسخة ورقية منها. اسألنا كيف يمكن فعل هذا.
- سنقدم نسخة أو ملخصًا للسجلات الخاصة بصحتك ومطالباتك، عادةً في غضون 30 يومًا من طلبك. قد نفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة.

مطالبتنا بتصحيح السجلات الخاصة بصحتك ومطالباتك

- يمكنك أن تطلب منا تصحيح السجلات الخاصة بصحتك ومطالباتك إذا اعتقدت أنها غير صحيحة أو غير كاملة. اسألنا كيف يمكن فعل هذا.
- يجوز لنا "رفض" طلبك، لكن سنُخبرك بالسبب كتابةً في غضون 60 يومًا.

طلب سرية التواصل

- يمكنك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة معينة (على سبيل المثال، هاتف المنزل أو المكتب) أو إرسال بريد إلى عنوان مختلف.
- سننظر في جميع الطلبات المعقولة، ويجب "الموافقة" إذا أخبرتنا أنك ستكون في خطر إذا لم نفعل ذلك.

مطالبتنا بالحد ممّا نستخدمه أو نشاركه

- يمكنك أن تطلب منا **عدم** استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة للعلاج أو الدفع أو عملياتنا.
- لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك، وقد "نرفضه" إذا كان سيؤثر على رعايتك.

الحصول على قائمة بالأشخاص الذين شاركنا المعلومات معهم

- يمكنك أن تطلب قائمة (محاسبة) بالمرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية لمدة ست سنوات قبل تاريخ طلبك، ومع من شاركناها، وسبب مشاركتها.
- سنقوم بتضمين جميع الإفصاحات باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية وبعض الإفصاحات الأخرى (مثل أي إفصاحات أخرى طلبت منا تقديمها). سنقدم حسابًا واحدًا سنويًا مجانًا ولكن سنفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة إذا طلبت حسابًا آخر في غضون 12 شهرًا.

الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا

- يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونيًا. وسنُزودك بنسخة ورقية على الفور.

اختيار شخص يمثلك

- إذا كنت قد أعطيت شخصًا توكيلًا طبيًا أو إذا كان شخص ما هو الوصي القانوني عليك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واختيار معلوماتك الصحية.
- سنتأكد من أن الشخص لديه هذه السلطة ويمكنه التصرف نيابةً عنك قبل اتخاذ أي إجراء.

تقديم شكوى إذا شعرت بانتهاك حقوقك

- يمكنك تقديم شكوى إذا شعرت بأننا انتهكنا حقوقك عن طريق التواصل معنا باستخدام المعلومات الواردة في الصفحة الخلفية.
- يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية عن طريق إرسال خطاب إلى 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201، أو الاتصال على الرقم 1-877-696-6775، أو زيارة الموقع الإلكتروني **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.
- لن ننتقم منك لتقديمك شكوى.

اختياراتك

للحصول على معلومات صحية معينة، يمكنك إخبارنا باختياراتك حول ما نشاركه. إذا كان لديك تفضيل واضح لكيفية مشاركة معلوماتك في المواقف الموضحة أدناه، فتحدث إلينا. أخبرنا بما تريد منا أن نفعله، وسنتبع تعليماتك.

في هذه الحالات، لديك الحق والخيار لإخبارنا بما يلي:

- مشاركة المعلومات مع عائلتك أو مع أصدقائك المقربين أو غيرهم من المشاركين في دفع تكاليف رعايتك
- مشاركة المعلومات في حالة الإغاثة في حالات الكوارث

إذا لم تكن قادرًا على إخبارنا بتفضيلاتك، على سبيل المثال إذا كنت فاقدًا للوعي، فقد نمضي قدمًا ونشارك معلوماتك إذا اعتقدنا أنها في مصلحتك الفضلى. يجوز لنا أيضًا مشاركة معلوماتك عند الحاجة للحد من تهديد خطير ووشيك على الصحة أو السلامة.

في هذه الحالات، لا نشارك معلوماتك مطلقًا ما لم تمنحنا إذنًا كتابيًا:

- أغراض التسويق
- بيع معلوماتك

استخداماتنا وإفصاحاتنا

كيف نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها عادةً؟

عادةً ما نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها بالطرق التالية.

المساعدة في إدارة علاج الرعاية الصحية الذي تتلقاه

- يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها مع المتخصصين الآخرين الذين يعالجونك.

مثال: يرسل إلينا طبيب معلومات حول تشخيصك وخطة علاجك حتى نتمكن من ترتيب خدمات إضافية.

إدارة مؤسستنا

- يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لإدارة مؤسستنا والتواصل معك عند الضرورة.

- **لا يُسمح لنا باستخدام المعلومات الجينية لتقرير ما إذا كنا سنمنحك التغطية وسعر تلك التغطية.** لا ينطبق ذلك على خطط الرعاية طويلة الأجل.

مثال: نستخدم معلوماتك الصحية لتطوير خدمات أفضل لك.

الدفع مقابل خدماتك الصحية

- يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها أثناء قيامنا بالدفع مقابل خدماتك الصحية.

مثال: نشارك المعلومات المتعلقة بك مع خطة طب الأسنان الخاصة بك لتنسيق عمليات الدفع مقابل أعمال طب الأسنان الخاصة بك.

إدارة خطتك

- قد نكشف عن معلوماتك الصحية إلى راعي خطتك الصحية لإدارة الخطة.
مثال: تتعاقد شركتك معنا لتقديم خطة صحية، ونزود شركتك بإحصائيات معينة لشرح الأقساط التي نتقاضاها.

ما الطرق الأخرى التي يمكننا أن نستخدم بها معلوماتك الصحية أو نشاركها؟

يُسمح لنا أو يُطلب منا مشاركة معلوماتك بطرق أخرى – عادةً بطرق تساهم في خدمة الصالح العام، مثل الصحة العامة والأبحاث. يجب أن نلبي العديد من الشروط في القانون قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

المساعدة في أمور الصحة والسلامة العامة

- يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية في مواقف معينة مثل:
  - الوقاية من مرض
  - المساعدة في سحب المنتجات
  - الإبلاغ عن ردود الفعل العكسية للأدوية
  - الإبلاغ عن الإساءة أو الإهمال أو العنف الأسري المشتبه به
  - منع أو الحد من تهديد خطير لصحة أي شخص أو سلامته

عمل الأبحاث

- يمكننا استخدام أو مشاركة معلوماتك من أجل الأبحاث الصحية.

الامتثال للقانون

- سنشارك معلومات عنك إذا كانت قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية تتطلب ذلك، بما في ذلك مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية إذا أرادت التحقق من امتثالنا لقانون الخصوصية الفيدرالي.

الاستجابة لطلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة والعمل مع فاحص طبي أو مدير جنازات

- يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية مع مؤسسات طلب الأعضاء.
- يمكننا مشاركة المعلومات الصحية مع الطبيب الشرعي أو الفاحص الطبي أو مدير الجنازات عند وفاة أحد الأفراد.

معالجة تعويض العمال وإنفاذ القانون والطلبات الحكومية الأخرى

- يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها:
  - لمطالبات تعويضات العمال
  - لأغراض إنفاذ القانون أو مع مسؤول إنفاذ القانون
  - مع وكالات الرقابة الصحية للأنشطة التي يسمح بها القانون
  - للوظائف الحكومية الخاصة مثل الجيش والأمن القومي وخدمات الحماية الرئاسية

الاستجابة للدعاوى القضائية والإجراءات القانونية

- يمكننا مشاركة المعلومات الصحية عنك استجابةً لقرار محكمة أو أمر إداري، أو استجابةً لاستدعاء.

مسؤولياتنا

- نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية وأمان معلوماتك الصحية المحمية.
- سنخبرك على الفور في حالة حدوث خرق قد يعرض خصوصية أو أمان معلوماتك للخطر.
- يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وإعطائك نسخة منه.
- لن نستخدم أو نشارك معلوماتك بخلاف ما هو موضح هنا إلا إذا أخبرتنا أننا نستطيع ذلك كتابةً. إذا أخبرتنا أنه يمكننا ذلك، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت. أخبرنا كتابةً إذا غيرت رأيك.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

تغييرات على شروط هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار وستنطبق التغييرات على جميع المعلومات التي لدينا عنك. سيكون الإشعار الجديد متاحًا عند الطلب، وفي عيادتنا، وعلى موقعنا الإلكتروني.

ينطبق إشعار ممارسات الخصوصية هذا على المؤسسات التالية:

My Choice Wisconsin, Inc.
My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.

تواصل مع مسؤول الخصوصية عبر:

dlfamcprivacyofficer@mychoicewi.org
1-833-253-3465 (هاتف الصم والبكم 711)
mychoicewi.org

أو أرسل بريد إلى:

عناية: Privacy Officer
My Choice Wisconsin
10201 West Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226

تاريخ سريان الإشعار 2014/1/9
تمت المراجعة في 2023/7/18