

# سیاست های حفظ محرمانگی

شرکت Blue Shield of California Life & Health Insurance Company و Blue Shield of California

این اطلاعیه نحوه استفاده و افشای اطلاعات پزشکی و نحوه دسترسی شما را، به عنوان یکی از اعضای Blue Shield، به اطلاعات خودتان تشریح می‌کند.

## تعهد ما نسبت به محرمانگی

ما در Blue Shield بر اهمیت حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی شما واقف هستیم و تعهد خود در این رابطه را بسیار جدی می‌پنداریم.

در جریان عادی کسب و کار، ما سوابقی درباره شما، درمان پزشکی شما و خدماتی ایجاد می‌کنیم که به شما ارایه شده است. اطلاعات این سوابق «اطلاعات درمانی محافظت شده» (PHI) نامیده می‌شود و شامل اطلاعات شخصی شناساگر شما مثل نام، آدرس، شماره تلفن، و شماره تأمین اجتماعی و همچنین اطلاعات درمانی مثل تشخیص مراقبت درمانی و اطلاعات مطالبات است.

ما طبق قانون فدرال و ایالتی ملزم به ارایه این اعلامیه درباره وظایف حقوقی و شیوه‌های حفظ محرمانگی خود هستیم زیرا به PHI شما مربوط می‌شوند. ما ملزم به حفظ محرمانگی PHI شما و اطلاع‌رسانی به شما در مواردی هستیم که به علت یک تخطی مرتبط با عدم حفظ ایمنی PHI شما تحت تاثیر قرار می‌گیرید. وقتی ما از PHI شما استفاده می‌کنیم یا آن را ارایه می‌دهیم («افشا می‌کنیم»)، طبق بندهای این اعلامیه ملزم هستیم و این مفاد در رابطه با همه سوابقی اعمال می‌شود که ما ایجاد کرده‌ایم، نگهداری کرده‌ایم و/یا حفظ کرده‌ایم که حاوی PHI شما هستند.

## نحوه محافظت ما از محرمانگی شما

ما محافظت‌های ایمنی فیزیکی، فنی و اداری برای اطمینان از حفظ محرمانگی PHI شما داریم. برای حفظ حریم شخصی شما، فقط کارکنان Blue Shield که مجاز و مجرب هستند به سوابق کاغذی و الکترونیکی ما و فضاهای غیرعمومی محل نگهداری این اطلاعات، دسترسی دارند.

کارکنان در موضوعاتی از جمله موارد زیر، آموزش دیده‌اند:

- خطمشی‌ها و رویه‌های محرمانگی و محافظت از داده، از جمله روش برچسب‌زنی، ذخیره، بایگانی و دسترسی به سوابق الکترونیکی.
- تدابیر ایمنی فیزیکی، فنی و اداری موجود برای حفظ محرمانگی و امنیت PHI شما.

دفتر محرمانگی شرکت، شیوه رعایت خطمشی‌ها و رویه‌های محرمانگی ما را پایش کرده و به سازمان ما در رابطه با این موضوع مهم آموزش می‌دهد.

## ما چگونه از PHI شما استفاده کرده و آن را کنیم افشا می

**موارد استفاده از PHI بدون مجوز شما.** در صورت لزوم، زمانی که به شما خدمات و مزایای بهداشتی ارائه می‌دهیم، ممکن است PHI شما را بدون مجوز کتبی شما افشا کنیم. ممکن است ما PHI شما را برای اهداف زیر افشا کنیم:

### • درمان:

- جهت ارائه به پرستاران، پزشکان، داروسازها، متخصصین بینایی‌سنجی، آموزگاران بهداشتی و دیگر متخصصین حوزه مراقبت‌های بهداشتی تا آنها بتوانند برنامه درمانی شما را مشخص کنند.
- برای کمک به شما در دریافت خدمات و درمان موردنیاز - برای مثال، دستور تست‌های آزمایشگاهی و استفاده از نتایج.
- هماهنگی مراقبت‌های درمانی و خدمات مرتبط شما با یک مرکز مراقبت درمانی یا متخصص.

### • پرداخت هزینه:

- برای پرداخت حق بیمه‌های پوشش درمانی شما.
- برای تصمیم در مورد پوشش بیمه - برای مثال، صحبت با یک متخصص مراقبت‌های درمانی درباره پرداخت بابت خدمات ارائه شده به شما.
- برای هماهنگی مزایا با پوشش دیگری که احتمالاً دارید - برای مثال، برای صحبت با یک برنامه درمانی یا بیمه‌گر دیگر جهت تعیین احراز شرایط یا پوشش شما.
- برای دریافت پول از طرف شخص ثالثی که ممکن است مسئول پرداخت باشد، مثل یک عضو خانواده.
- برای تعیین و عمل به مسئولیت خودمان در تأمین مزایای بهداشتی به شما - مثل مدیریت مطالبات.

## • امور مراقبت درمانی:

- برای ارائه خدمات مشتریان.
  - برای پشتیبانی و/یا بهبود برنامه‌ها یا خدماتی که به شما ارائه می‌کنیم.
  - کمک به شما در مدیریت سلامتتان - برای مثال، ارایه اطلاعاتی درباره گزینه‌های درمانی که واجد شرایط آنها هستید یا ارائه سرویس مراقبت درمانی یا یادآورهای درمانی به شما.
  - برای پشتیبانی از سایر برنامه‌های درمانی، بیمه‌گرها یا متخصصان مراقبت سلامت که با شما در ارتباط هستند، به منظور بهبود برنامه‌ای که به شما ارائه می‌دهند - مثل مدیریت پرورده یا در پشتیبانی از یک سازمان مراقبت درمانی مسنول (ACO) یا ترتیبات خانگی پزشکی بیمار-محور.
  - جهت تصدیق، معوقه‌ها یا تعیین نرخ حق بیمه یا سایر فعالیت‌های مرتبط با ایجاد، تمدید یا جایگزینی قرارداد پوشش درمانی یا بیمه. لطفا توجه داشته باشید که ما PHI شما که اطلاعات عمومی محسوب می‌شود را برای اهداف تصدیق استفاده نکرده و افشا نخواهیم کرد - این امر طبق قانون فدرال ممنوع است.
  - همچنین ما ممکن است PHI شما را بدون مجوز کتبی شما برای سایر اهداف مجاز یا الزامی به لحاظ قانونی افشا کنیم. شامل موارد زیر:
  - **افشا به سایرینی که در مراقبت درمانی شما مشارکت دارند.**
    - اگر شما حضور داشته یا از ما بخواهید این کار را انجام دهیم، ما ممکن است PHI شما را به سایرین به عنوان مثال یکی از اعضای خانواده، یک دوست نزدیک، یا مراقبت دهنده شما افشا کنیم.
    - اگر شما در وضعیت اضطراری هستید، حضور ندارید یا ناتوان هستید یا اگر فوت کردید، ما از قضاوت حرفه‌ای خود استفاده کرده و تصمیم خواهیم گرفت که آیا افشای PHI به دیگران به نفع شما است. اگر ما PHI شما را در وضعیتی که شما در دسترس نیستید افشا کنیم، فقط اطلاعاتی را ارائه می‌کنیم که به طور مستقیم با مشارکت آن فرد در درمان شما یا برای پرداخت‌های مرتبط با درمان شما در ارتباط است. همچنین ما ممکن است PHI شما را افشا کنیم تا به آن فرد درباره محل، وضعیت پزشکی عمومی یا مرگ شما اطلاع بدهیم (یا در مطلع کردن کمک کنیم).
    - ما ممکن است اطلاعات PHI فرزند صغیر شما را به والدین دیگر او ارائه کنیم.
  - **افشای اطلاعات به حامیان برنامه درمانی شما.** ما ممکن است اطلاعات PHI را به حامی برنامه درمانی گروه شما، که ممکن است کارفرمای شما باشد، یا به شرکتی که از طرف حامی مالی برنامه درمانی عمل می‌کند، افشا کنیم تا آنها بتوانند روی برنامه درمانی که در آن شرکت دارید، نظارت، ممیزی و در غیر این صورت مدیریت کنند. کارفرما اجازه استفاده از PHI را برای هیچ هدفی غیر از مدیریت مزایای شما ندارد. برای اطلاعات در مورد اینکه آیا کارفرما/حامی مالی برنامه درمانی
- شما PHI را دریافت می‌کند یا خیر، و برای توضیح کامل درباره استفاده‌ها و افشاگری‌های محدودی که اسپانسر برنامه درمانی ممکن است در مورد PHI شما انجام دهد، به اسناد طرح حامیان برنامه درمانی خود مراجعه کنید.
- **افشای اطلاعات به تامین‌کنندگان و سازمان‌های تصدیق‌کننده.** ما ممکن است PHI شما را برای موارد زیر افشا کنیم:
    - شرکت‌هایی که خدمات خاصی از طرف Blue Shield ارائه می‌دهند. برای مثال، ما ممکن است تامین‌کنندگانی را مشارکت دهیم تا به ما در تامین اطلاعات و راهنمایی به اعضای مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل دیابت یا آسم کمک کنند.
    - سازمان‌های تصدیق‌کننده مثل کمیته ملی ضمانت کیفیت (NCQA) برای اهداف سنجش کیفیت.
  - لطفا توجه داشته باشید که قبل از آنکه ما PHI شما را ارایه کنیم، ما موافقت کتبی تامین‌کننده یا سازمان تصدیق‌کننده را برای محافظت از محرمانگی PHI شما دریافت خواهیم کرد.
  - **ارتباطات.** ما ممکن است از PHI شما برای تماس با شما درباره پوشش برنامه درمانی Blue Shield، مزایا، برنامه‌ها و خدمات مرتبط با سلامت، یادآورهای درمان یا گزینه‌های درمان موجود برای شما استفاده کنیم. ما از PHI شما برای اهداف گلریزان مالی استفاده نمی‌کنیم.
  - **سلامت یا ایمنی.** ما ممکن است PHI شما را با هدف جلوگیری یا کاهش تهدید جدی یا قریب‌الوقوع به سلامت یا ایمنی شما یا سلامت یا ایمنی عمومی مردم ارائه کنیم.
  - **فعالیت‌های بهداشت عمومی.** ما ممکن است PHI شما را برای موارد زیر افشا کنیم:
    - گزارش اطلاعات بهداشتی به مقامات بهداشت عمومی مجاز از منظر قانونی جهت دریافت این اطلاعات با هدف پیشگیری یا کنترل بیماری، جراحی یا ناتوانی یا سازی‌پایش ایمن.
    - گزارش بدرفتاری یا سهل‌انگاری با خردسالان، یا بدرفتاری با بزرگسالان، از جمله خشونت خانگی به یک مقام دولتی که طبق قانون مجاز به دریافت این گزارش‌ها است.
    - گزارش اطلاعات درباره یک محصول یا فعالیت که مقررات آن توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تنظیم می‌شود به فردی که مسئول کیفیت، ایمنی، یا اثربخشی محصول یا فعالیت است.
    - هشدار به یک فرد که ممکن است در معرض یک بیماری واگیر قرار گرفته باشد، چنانچه طبق قانون مجاز به ارائه این اعلامیه باشیم.
  - **فعالیت‌های نظارتی بهداشتی.** ما ممکن است PHI شما را به اینها ارایه کنیم:
    - یک آژانس دولتی که از منظر قانونی مسئول نظارت بر سیستم مراقبت درمانی یا تضمین انطباق با مقررات برنامه‌های مزایای دولتی مثل Medicare یا Medicaid است.
    - سایر برنامه‌های سیاست‌گذاری که نیاز به اطلاعات بهداشتی برای تعیین انطباق دارند.

• **انجام پژوهش.** ممکن است PHI شما را برای اهداف تحقیقاتی، ولی فقط طبق قانون و در محدوده مجاز قانونی افشا کنیم.

• **انطباق با قانون.** ما ممکن است از PHI برای انطباق با قانون استفاده کرده و آن را افشا کنیم.

• **رسیدگی‌های قضایی و اداری.** ما ممکن است PHI شما را در جریان یک رسیدگی قضایی یا اداری یا در پاسخ به یک دستور قضایی معتبر افشا کنیم.

• **مقامات اعمال قانون.** ما ممکن است طبق قانون یا در راستای رعایت دستور دادگاه یا فرایند دیگر مجاز از منظر قانونی، PHI شما را به پلیس یا سایر مقامات اعمال قانون ارایه کنیم.

• **کارکردهای دولتی.** ما ممکن است PHI شما را به ادارات مختلف دولتی مثل ارتش ایالات متحده یا اداره امور کشور ایالات متحده حسب قانون ارائه کنیم.

• **جبران خسارت کارکنان.** ما ممکن است در صورت لزوم برای رعایت مقررات جبران خسارت کارکنان، PHI شما را ارایه کنیم.

**موارد استفاده از PHI که نیاز به مجوز شما دارد.** مگر در موارد مذکور، ما باید مجوز کتبی شما را برای استفاده یا افشای اطلاعات PHI شما دریافت کنیم. برای مثال، ما از PHI شما برای اهداف بازاریابی بدون رضایت کتبی شما استفاده نمی‌کنیم و PHI شما را بدون مجوز کتبی شما به یک کارفرمای بالقوه نخواهیم داد.

**موارد استفاده و افشای اطلاعات خاص PHI که «بسیار محرمانه» تلقی می‌شوند.** در بعضی انواع خاص PHI، ممکن است قانون فدرال یا ایالتی محافظت محرمانگی شدیدتری را ایجاب کند. این شامل PHI است که:

- موارد نگهداری شده در یادداشت‌های روان درمانی.
- درباره پیشگیری، درمان و ارجاع سوء مصرف الکل و مواد مخدر.
- درباره آزمایش، تشخیص یا درمان HIV/ایدز.
- درباره بیماری(های) مقاربتی و/یا مسری.
- درباره آزمایش ژنتیک.

ما فقط می‌توانیم این نوع PHI خاص محافظت شده را با مجوز کتبی قبلی شما افشا کنیم مگر زمانی که به طور اخص اجازه یا الزام قانونی داشته باشد.

**لغو مجوز.** شما می‌توانید در هر زمانی مجوز کتبی که قبلاً به ما اعطا کرده‌اید را لغو کنید. زمانی که ابطال کتبا به ما ارایه شد، در رابطه با کاربردها و افشاهای بعدی PHI شما اعمال خواهد شد. آن بر کاربردها و افشاهای قبلی در زمان اعتبار مجوز تأثیر ندارد.

## حقوق انفرادی شما

شما در رابطه با PHI که Blue Shield درباره شما آماده‌سازی، کسب و/یا حفظ می‌کند، حقوق زیر را دارید:

• **حق درخواست محدودیت.** شما می‌توانید از ما بخواهید شیوه استفاده و افشای PHI شما جهت درمان، پرداخت و عملیات مراقبت درمانی را طبق توضیحات این اعلامیه، محدود کنیم. ما ملزم به موافقت با درخواست محدودیت شما نیستیم اما به دقت آنها را بررسی می‌کنیم.

اگر ما با درخواست محدودیت موافقت کنیم، آن را تا زمانی که شما درخواست خاتمه محدودیت دهید یا با خاتمه آن موافقت کنید، رعایت خواهیم کرد. همچنین ما ممکن است به شما اطلاع دهیم که موافقت خود با محدودیت را خاتمه می‌دهیم. در این صورت، خاتمه فقط در رابطه با اطلاعات PHI ایجاد شده یا دریافت شده بعد از اعلام خاتمه به شما اعمال می‌شود.

• **حق دریافت مکاتبات محرمانه.** ما ممکن است درخواست کنیم که مکاتبات Blue Shield حاوی PHI را از طریق ابزارهای جایگزین یا مکان‌های جایگزین دریافت کنیم. طبق قانون، و در صورت ممکن، ما درخواست‌های منطقی را اجابت می‌کنیم. ما ممکن است بخواهیم که شما درخواست خود را کتباً ارسال کنید. اگر درخواست شما به یک کودک صغیر مربوط می‌شود، ممکن است ما از شما بخواهیم اسناد قانونی در پشتیبانی از درخواست خود ارایه کنید.

• **حق دسترسی به PHI خود.** شما می‌توانید از ما درخواست کنید که یک نسخه از اطلاعات خاصی در PHI را بازرسی و دریافت کنید که در «مجموعه سوابق منتخب» داریم. این برای مثال شامل، سوابق ثبت‌نام، پرداخت، قضاوت درباره مطالبات، و سیستم سوابق مدیریت پرونده یا پزشکی و هر گونه اطلاعاتی باشد که ما برای تصمیم‌گیری درباره شما استفاده می‌کنیم. درخواست شما باید کتبی باشد. در صورت ممکن، و حسب قانون، ما یک نسخه از PHI شما را در قالب فرم (کاغذی یا الکترونیکی) و قالب درخواستی به شما ارائه می‌کنیم. اگر شما یک نسخه از PHI خود را درخواست کنید، ما ممکن است یک هزینه معقول و میدتی بر هزینه بابت آماده‌سازی، کپی‌برداری و/یا پست از شما دریافت کنیم. در بعضی شرایط محدود مجاز از منظر قانونی، ما ممکن است دسترسی شما به بخشی از سوابق‌تان را رد کنیم.

• **حق اصلاح سوابق خود.** شما می‌توانید از ما درخواست کنید که PHI که درباره شما در مجموعه سوابق منتخب داریم را اصلاح کنیم. درخواست شما باید کتبی باشد و توضیح دهد که چرا شما می‌خواهید ما PHI شما را اصلاح کنیم. اگر ما به این نتیجه برسیم که PHI شما نادرست یا ناقص است، ما در صورتی که از نظر قانونی مجاز باشد آن را اصلاح خواهیم کرد. اگر PHI را که قصد اصلاح آن را دارید، توسط یک پزشک یا مرکز مراقبت‌های درمانی تهیه شده باشد، شما باید از آنها بخواهید که اطلاعات را اصلاح کنند.

• **حق دریافت حسابرسی اطلاعات افشا شده.** در صورت درخواست کتبی شما، ما یک فهرست از موارد افشای PHI شما در یک دوره زمانی مشخص تا شش سال قبل از تاریخ درخواست شما ارائه خواهیم کرد. البته، این فهرست فاقد موارد زیر است:

- موارد افشای اطلاعاتی که شما اجازه دادید.
- اطلاعاتی که بیش از شش سال قبل از درخواست شما افشا شده باشد.
- افشای اطلاعاتی که برای اهداف درمان، پرداخت هزینه و عملیات مراقبت درمانی انجام شده است مگر در مواردی که الزام قانونی دارد.

– بعضی افشای اطلاعات خاص که طبق قانون مجاز بودن جهت کسر از شمارش.

اگر شما بیش از یک بار درخواست در یک دوره 12-ماهه داشته باشید، ما بابت هر گزارش حسابداری بعد از گزارش اول، یک هزینه منطقی مطابق با کارمزد مشخص دریافت خواهیم کرد.

برای کسب اطلاعات بیشتر، یا ثبت شکایت در وزارت HHS، از وبسایت OCR به نشانی [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints) دیدن کنید.

اگر ساکن کالیفرنیا هستید، می‌توانید با مدیر منطقه‌ای OCR ویژه کالیفرنیا به آدرس زیر، تماس بگیرید:

**Region IX Regional Manager  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health &  
Human Services  
90 7th St., Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103**

تلفن: (800) 368-1019

فکس: (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697

اگر از حق خود برای ارائه شکایت، چه نزد ما و چه در HHS استفاده کنید، هیچ اقدامی علیه شما انجام نخواهیم داد.

در دسترس بودن اطلاعیه و مدت

در دسترس بودن اطلاعیه. شما می‌توانید یک نسخه از این اطلاعیه را از طریق تماس با شماره خدمات مشتریان که روی کارت شناسایی اعضای Blue Shield نوشته شده یا با بازدید از وبسایت ما به آدرس [blueshieldca.com/privacynotice](http://blueshieldca.com/privacynotice) دریافت کنید.

**حق تغییرات در شرایط این اطلاعیه.** ما ملزم به رعایت شرایط این اطلاعیه تا زمان نافذ بودن آنها هستیم. ما ممکن است شرایط این اطلاعیه را هر زمان، بسته به خواست خود تغییر دهیم، ما ممکن است شرایط جدید را در رابطه با همه اطلاعات PHI که از شما داریم اعمال کنیم، از جمله PHI که خود ایجاد کردیم یا قبل از دریافت صدور اطلاعیه جدید.

اگر ما این اطلاعیه را تغییر دهیم، اطلاعیه را در وبسایت خود به روز خواهیم کرد و اگر شما در برنامه مزایای Blue Shield ثبت نام شوید، ما یک نسخه از اطلاعیه جدید را در موقع ثبت نام یا حسب الزام قانونی ارسال خواهیم کرد.

**تاریخ اجرا.** این اطلاعیه از 16 آگوست 2013 معتبر است.

• **حق تعیین یک نماینده شخصی.** شما می‌توانید فرد دیگری را برای اقدام به عنوان نماینده شخصی خود معرفی کنید. نماینده شما مجاز به دسترسی به PHI شما جهت برقراری ارتباط با متخصصین و مراکز مراقبت درمانی که از شما مراقبت می‌کنند و استفاده از همه حقوق HIPAA از جانب شما، می‌باشد. بسته به مقامی که شما به ایشان نمایندگی داده‌اید، او همچنین می‌تواند تصمیم‌های مرتبط با مراقبت سلامت را برای شما بگیرد.

• **حق دریافت نسخه کاغذی این اطلاعیه.** به محض درخواست شما، ما یک نسخه کاغذی از این اعلامیه را به شما ارائه خواهیم کرد، حتی اگر شما پذیرفته باشید که آن را به صورت الکترونیکی دریافت کنید. بخش «در دسترس بودن اعلامیه و مدت آن» را در این اعلامیه مشاهده کنید.

اقداماتی که می‌توانید انجام دهید

با **Blue Shield** تماس بگیرید. اگر سوالی درباره حقوق محرمانگی خود دارید، معتقد هستید که ما از حقوق محرمانگی شما تخطی کرده‌ایم یا با تصمیمی که ما درباره دسترسی به PHI شما گرفتیم، مخالف هستید، می‌توانید با ما تماس بگیرید:

**Blue Shield of California Privacy Office**  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

تلفن: (888) 266-8080 (خط رایگان)

فکس: (800) 201-9020 (خط رایگان)

ایمیل: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

در بعضی درخواست‌های خاص، شما باید فرمی را تکمیل و برای ما ایمیل کنید که می‌توانید آن را از طریق تماس با شماره تلفن خدمات مشتریان ما که روی کارت شناسایی اعضای Blue Shield شما نوشته شده یا از طریق مراجعه به تارنمای [blueshieldca.com/privacyforms](http://blueshieldca.com/privacyforms) دریافت کنید.

**تماس با یک آژانس دولتی.** همچنین اگر معتقدید که ما حقوق محرمانگی شما را زیر پا گذاشته‌ایم، می‌توانید یک شکایت کتبی به دفتر وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health & Human Services, HHS) ارائه کنید. شکایت خود را می‌توانید از طریق ایمیل، فکس یا پست به دفتر حقوق مدنی، HHS (HHS Office for Civil Rights) ارسال کنید.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability. Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。