



معلوماتك. حقوقك. مسؤولياتنا.

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية المتعلقة بك وكيفية الإفصاح عنها والطريقة التي يمكنك من خلالها الاطلاع على هذه المعلومات. يرجى مراجعته بعناية.

التزامنا بشأن الخصوصية

في Blue Shield of California Promise Health Plan، ننفهم أهمية الحفاظ على خصوصية معلوماتك الشخصية، ونأخذ التزامنا بالقيام بذلك بكل جدية.

في السياق الطبي لممارسة الأعمال التجارية، نقوم بإنشاء سجلات عنك، وعلاجك الطبي، والخدمات التي نقدمها لك. تسمى المعلومات الواردة في هذه السجلات المعلومات الصحية المحمية ("PHI")، وتتضمن معلوماتك الطبية، كما هو محدد بموجب قانون كاليفورنيا، ومعلومات التعريف الشخصية ("PII")، مثل اسمك وعنوانك ورقم هاتفك ورقم الضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى معلوماتك الصحية، مثل تشخيص الرعاية الصحية أو معلومات المطالبة.

نحن مطالبون بموجب القانون الفيدرالي وقانون الولاية بتزويدك بهذا الإشعار المتعلق بواجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية من حيث صلتها بـ PHI الخاصة بك. نحن مطالبون بالحفاظ على خصوصية PHI الخاصة بك وإخطارك في حالة تأثرك بانتهاك PHI غير الآمنة. عند استخدام PHI الخاصة بك أو تقديمها ("الإفصاح عنها")، فإننا ملزمون بشروط هذا الإشعار، الذي ينطبق على كل السجلات التي تحتوي على PHI الخاصة بك التي ننشئها و/أو نحصل عليها و/أو نحتفظ بها.

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، فأنت تتمتع بحقوق معينة. يوضح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا تجاه مساعدتك. بالنسبة لأنواع معينة من الطلبات، يجب عليك إكمال نموذج متاح إما عن طريق الاتصال برقم خدمة العملاء الموجود على ظهر بطاقة الهوية الخاصة بك أو عن طريق زيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان

<https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/plan-documents>.

الحصول على نسخة من سجلاتك الصحية وسجلات مطالباتك

- يمكنك طلب الاطلاع أو الحصول على نسخة من سجلاتك الصحية وسجلات مطالباتك وغيرها من المعلومات الصحية المتعلقة بك والتي في حوزتنا. ويمكنك الاستفسار منا عن آلية القيام بذلك.
- سنقدم لك نسخة من سجلاتك الصحية وسجلات مطالباتك، عادةً في غضون 30 يومًا من تقديم الطلب. قد نفرض عليك رسومًا معقولة ومبنيّة على التكلفة مقابل تحضيرها ونسخها و/أو إرسالها إليك بالبريد. في ظروف محدودة معينة يسمح بها القانون، قد نمنعك من الوصول إلى جزء من سجلاتك.
- من المحتمل ألا يكون لدينا نسخ كاملة من سجلاتك الطبية. إذا كنت ترغب في الاطلاع على السجلات التي لا نحتفظ بها أو الحصول على نسخة منها، يُرجى الاتصال بطبيبك أو عيادتك.

مطالبتنا بتصحيح السجلات الصحية وسجلات المطالبات

- يمكنك أن تطلب منا تصحيح سجلاتك الصحية وسجلات مطالباتك إذا كنت تعتقد أنها غير صحيحة أو منقوصة. ويمكنك الاستفسار منا عن آلية القيام بذلك.
- يجوز لنا "رفض" طلبك في ظروف محدودة معينة يسمح بها القانون، ولكن سنخبرك بسبب الرفض كتابةً في غضون 60 يومًا.
- من المحتمل ألا يكون لدينا نسخ كاملة من سجلاتك الطبية. إذا كنت ترغب في تغيير السجلات التي لا نحتفظ بها، يرجى الاتصال بطبيبك أو عيادتك.

المطالبة بأن تكون المراسلات سرية

- يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك بشأن معلوماتك الصحية السرية بطريقة معينة (على سبيل المثال، تليفون المنزل أو المكتب) أو إرسال البريد إلى عنوان آخر.
- يجب أن يكون طلبك مكتوبًا، وسنلبي جميع طلبات المراسلات السرية بالشكل والتنسيق المطلوبين منك، إذا كان يسهل إنتاجها بالشكل والتنسيق المطلوبين، أو في مواقع بديلة. إذا كان طلبك يتعلق بطفل قاصر، فقد نطلب منك تقديم وثائق قانونية لدعم طلبك.

مطالبتنا بوضع حد للمعلومات التي نستخدمها أو نطلع عليها الغير

- يمكنك طلب عدم استخدام أو تبادل معلومات صحية معينة لتنفيذ العلاج أو الدفع أو العمليات التي نجريها.
- الموافقة على طلبك ليست إلزامية، ولنا حق "الرفض" إذا كان ذلك يؤثر على رعايتك.

الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا معها المعلومات

- يمكنك طلب قائمة ("بيان") بالأوقات التي تبادلنا فيها معلوماتك الصحية لمدة ست سنوات قبل التاريخ الذي تطلبه، وسنخبرك بما شاركناه، والتاريخ الذي شاركناه، والأشخاص الذين أطلعناهم على معلوماتك، وسبب ذلك.
- سندرج جميع الإفصاحات باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، وإفصاحات معينة أخرى (مثل، أي إفصاح طلبته بنفسك). سنوفر لك بياناً واحداً في السنة مجاناً ولكن سنقتضى رسوماً معقولة حسب التكلفة إذا طلبت بياناً آخر في غضون 12 شهراً.

الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا

- يمكنك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا وافقت على الحصول على الإشعار إلكترونياً. سنوفر لك نسخة ورقية على الفور.

اختيار شخص للتصرف نيابة عنك

- يمكنك تعيين شخص آخر ليكون ممثلك الشخصي. سيُسمح لممثلك بالوصول إلى PHI الخاصة بك، والتواصل مع المتخصصين في الرعاية الصحية والمرافق التي تقدم رعايتك، وممارسة جميع حقوق قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) الأخرى نيابة عنك. اعتماداً على السلطة التي تمنحها لممثلك، قد يكون لديه أو لديها أيضاً سلطة اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك.
- سنؤكد من أن هذا الشخص لديه هذه السلطة ويمكنه التصرف نيابة عنك قبل اتخاذ أي إجراء.

- إذا كانت لديك أسئلة حول حقوق الخصوصية لديك أو شعرت أننا انتهكنا حقوق الخصوصية التي تستمتع بها، يمكنك التواصل معنا على العنوان:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

P.O. Box 272540

Chico, CA 95927-2540

الهاتف: (888) 266-8080

الخط الساخن: (855) 296-9086

الفاكس: (800) 201-9020

البريد الإلكتروني: Privacy@blueshieldca.com

- يمكنك تقديم شكوى إلى سكرتير مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية عن طريق إرسال خطاب على العنوان:
200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg.,
Washington, D.C. 20201، أو الاتصال بالرقم (877) 696-6775،
أو عبر البريد الإلكتروني OCRComplaint@hhs.gov، أو زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- بالنسبة للمستفيدين من برنامج Medi-Cal فقط، يمكنك أيضًا تقديم شكوى مكتوبة إلى إدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (DHCS) و L.A. Care Health Plan على العنوان:

L.A. Care Health Plan

Privacy Office

1055 West 7th Street, 10th Floor

Los Angeles, CA 90017

الهاتف: (888) 839-9909

DHCS

DHCS Privacy Officer

1501 Capitol Avenue

MS0010

Sacramento, CA 95877-74113

الهاتف: (866) 866-0602

TTY/TDD: (877) 735-2929

الفاكس: (916) 327-4556

الموقع الإلكتروني:

www.dhcs.ca.gov/

formsandpubs/laws/priv

- لن نتخذ إجراءات انتقامية ضدك بسبب تقديم شكوى.

بالنسبة لمعلومات صحية معينة، يمكنك إخبارنا بخياراتك حول ما نشاركه وما إذا كنا نشاركه. إذا كنت تفضل طريقة محددة لتبادل معلوماتك في الحالات المذكورة أدناه، فأخبرنا بما تريد منا القيام به، وسوف نتبع تعليماتك.

لهذه الأغراض، لك الحق في إخبارنا بعدم مشاركة معلوماتك واختيارها على حد سواء:

- مع عائلتك أو أصدقائك المقربين أو غيرهم من المشاركين في رعايتك أو دفع تكاليف رعايتك
- فيما يتعلق بجهود جمع التبرعات
- مع تبادل المعلومات الصحية ("HIE")، مثل Manifest Medex. تساعد HIE موفري الرعاية الصحية والخطط الصحية على مراجعة المعلومات الطبية الخاصة بك وتحليلها ومشاركتها بشكل آمن مع أهداف تحسين جودة رعايتك وتقليل الأخطاء الطبية ومنع العلاج غير الضروري والمكرر. يمكنك أيضًا إلغاء الاشتراك في مشاركة المعلومات هذه عن طريق الانتقال إلى manifestmedex.org/opt-out/ أو عن طريق الاتصال بالرقم (800) 490-7617.

• كما هو موضح في هذا الإشعار

إذا لم يكن بإمكانك إخبارنا بالطريقة المفضلة لديك، على سبيل المثال، إذا كنت فاقداً للوعي، يجوز لنا التصرف ومشاركة معلوماتك إذا تراءى لنا أن هذا يصب في مصلحتك. يجوز لنا مشاركة معلوماتك عند الضرورة للحد من تهديد خطير أو وشيك على صحتك أو سلامتك.

وفي هذه الحالات لن نشارك معلوماتك مطلقاً إلا إذا منحتنا إذنًا كتابيًا بذلك:

- الأغراض التسويقية
- بيع معلوماتك

كيف نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها عادة؟ نستخدم معلوماتك الصحية أو نتبادلها عادةً دون تصريح كتابي منك بالطرق التالية:

المساعدة في إدارة رعايتك الصحية والعلاج الذي تتلقاه

- يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها مع الأخصائيين الذين يعالجونك.
- مثال: يرسل الطبيب لنا معلومات عن تشخيصك والخطة العلاجية حتى يمكننا ترتيب أمر الخدمات الإضافية.

إدارة مؤسستنا

- يمكننا استخدام معلوماتك والإفصاح عنها لإدارة مؤسستنا والاتصال بك عند الضرورة، بما في ذلك غرض الاكتتاب.
- وبالرغم من ذلك، يرجى ملاحظة أننا لن نستخدم PHI الخاصة بك أو نكشف عنها والتي تعتبر معلومات وراثية لأغراض الاكتتاب - فالقيام بذلك محظور بموجب القانون الفيدرالي.
- مثال: نستخدم المعلومات المتعلقة بك لتطوير خدمات أفضل لك.

السداد نظير خدماتك الصحية

- يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها نظير سدادنا لخدمات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- مثال: نتبادل المعلومات المتعلقة بك مع خطة طب الأسنان لتنسيق عملية الدفع نظير خدمات رعاية الأسنان.

إدارة خطتك

- يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية إلى الجهة الراعية للخطة الصحية المشترك فيها من أجل إدارتها.
- مثال: تتعاقد شركتك معنا لتوفير خطة صحية، ونقدم لشركتك إحصاءات معينة لشرح الأقساط التأمينية التي نتقاضاها.

كيف يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها بطريقة أخرى؟ يُسمح لنا ويطلب منا مشاركة معلوماتك بطرق أخرى – عادةً بطرق تساهم في الصالح العام، مثل الصحة العامة والأبحاث، دون تصريح كتابي منك. يجب علينا تلبية العديد من الشروط في القانون قبل أن نتمكن من تبادل معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

المساعدة في مسائل الصحة والسلامة • قد نتبادل المعلومات الصحية المتعلقة بك في حالات معينة، مثل:

- الوقاية من الأمراض
- المساعدة في عمليات سحب المنتج
- الإبلاغ عن التأثيرات العكسية للأدوية
- الإبلاغ عن الاشتباه في سوء معاملة أو إهمال أو عنف أسري
- المساعدة في جهود الإغاثة في حالات الكوارث
- منع أو الحد من تهديد خطير على صحة أو سلامة أي شخص

إجراء الأبحاث

- يجوز لنا استخدام أو تبادل معلوماتك الصحية لأغراض الأبحاث الصحية، ولكن فقط وفقًا للقانون ووفقًا لما يسمح به القانون.

الرد على طلبات التبرع بالأعضاء

- قد نشارك المعلومات الصحية المتعلقة بك مع الهيئات المعنية بشراء الأعضاء.
- يجوز لنا مشاركة المعلومات الصحية مع الطبيب الشرعي أو مدير الجنازات عند وفاة أحد الأفراد، ولكن فقط وفقًا للقانون ووفقًا لما يسمح به القانون.

متعهد الجنازات

معالجة طلبات تعويض العمال وإنفاذ

- قد نستخدم أو نتبادل المعلومات الصحية المتعلقة بك:
- لأغراض مطالبات تعويضات العمال
- لأغراض إنفاذ القانون أو مع أحد مسؤولي إنفاذ القانون، ولكن فقط وفقًا للقانون ووفقًا لما يسمح به القانون
- مع الهيئات الرقابية الصحية للأنشطة التي يسمح بها القانون، ولكن فقط وفقًا للقانون ووفقًا لما يسمح به القانون
- لأغراض الوظائف الحكومية الخاصة مثل، خدمات الحماية الرئاسية والجيش والأمن القومي، ولكن فقط وفقًا للقانون ووفقًا لما يسمح به القانون

الامتثال للقانون

- يجوز لنا مشاركة معلومات عنك إذا طلبت قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية ذلك، بما في ذلك وزارة الصحة والخدمات البشرية إذا أرادت التأكد من أننا نمثل لقانون الخصوصية الفيدرالي.

الاستجابة للقضايا والإجراءات القانونية

- يجوز لنا تبادل المعلومات الصحية المتعلقة بك استجابة لأمر من المحكمة أو أمر إداري أو استجابة لأمر استدعاء من المحكمة، ولكن فقط وفقًا للقانون ووفقًا لما يسمح به القانون.

بخلاف الأغراض الموضحة أعلاه، يجب أن نحصل على تصريح كتابي منك لاستخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها. على سبيل المثال، لن نستخدم PHI الخاصة بك لأغراض التسويق، أو نبيع PHI الخاصة بك، أو نستخدم أو نفصح عن سجلات اضطراب استخدام المواد المخدرة أو ملاحظات العلاج النفسي دون تصريح كتابي منك، باستثناء ما يسمح به القانون صراحة.

يمكنك إلغاء التصريح الكتابي الذي قدمته لنا مسبقًا. عند تقديم الطلب كتابيًا إلينا، سيتم تطبيق الإلغاء على الاستخدامات والإفصاحات المستقبلية لـ PHI الخاصة بك. لن يؤثر ذلك على الاستخدامات أو عمليات الإفصاح التي تم إجراؤها مسبقًا، أثناء سريان التصريح الخاص بك.

هل توجد حالات لا نشارك فيها معلوماتك الصحية؟ لا يُسمح لنا باستخدام الأنواع التالية من المعلومات الصحية أو مشاركتها دون تصريح كتابي منك ما لم يسمح القانون بذلك:

الرعاية الصحية الإنجابية

- لا يمكن استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لإجراء أي تحقيق جنائي أو مدني أو إداري أو فرض أي مسؤولية عليك أو على أي شخص آخر، أو تحديد هويتك أو أي شخص آخر فيما يتعلق بطلب الرعاية الصحية الإنجابية أو الحصول عليها أو تقديمها أو تسهيلها، شريطة أن تكون الرعاية الصحية الإنجابية قانونية بموجب القانون الفيدرالي وقانون الولاية التي يتم فيها تقديم الرعاية الصحية الإنجابية. وتشمل الرعاية الصحية الإنجابية، على سبيل المثال لا الحصر، الخدمات المتعلقة بالإجهاض.
 - لن يتم الإفصاح عن أي من معلوماتك الصحية المتعلقة بالخدمات القانونية المتعلقة بالإجهاض استجابة لأمر استدعاء أو طلب أو أمر من المحكمة، أو بالتعاون مع تحقيق أو تحقيق من قبل فرد أو كيان حكومي في ولاية أخرى أو وكالة إنفاذ القانون الفيدرالية، دون تصريح كتابي منك، باستثناء ما يسمح به القانون أو يقتضيه صراحة.
 - لن يتم الإفصاح عن أي من معلوماتك الصحية المتعلقة بطلبك أو الحصول عليها أو تقديمها أو دعمها أو المساعدة في أداء الإجهاض القانوني أو مشاركتها أو توفيرها في نظام السجلات الصحية الإلكترونية أو من خلال HIE لأي فرد في ولاية أخرى، دون تصريح كتابي منك، باستثناء ما يسمح به القانون أو يقتضيه صراحة.
- مثال: إذا كنت تعيش في ولاية ما وتساfer إلى كاليفورنيا للحصول على رعاية صحية إنجابية قانونية، مثل الإجهاض، فلا يُسمح لنا بمشاركة هذه المعلومات ولن نتبادلها إذا حاول شخص ما التحقيق معك بسبب حصولك على هذه الرعاية. ومع ذلك، إذا تلقينا شهادة قانونية من الشخص الذي يطلبها، فقد نكشف PHI الخاصة بك التي قد تتعلق بالرعاية الصحية الإنجابية (مثل الإجهاض) للأغراض التالية:
- أنشطة الرقابة الصحية
 - الإجراءات القضائية أو الإدارية
 - إنفاذ القانون
 - فحوصات الطبيب الشرعي أو الفحوصات الطبية

مثال: إذا كنت مشتركًا في دعوى قضائية وطلب شخص ما منا سجلات علاج اضطراب تعاطي المخدرات الخاصة بك، فلن نقدمها إلا إذا أخبرتنا بذلك كتابيًا أو أمرت المحكمة بذلك وأصدرت وثيقة قانونية تتطلب ذلك.

• لن يتم استخدام أو الإفصاح عن أي سجلات لعلاج اضطراب استخدام المواد المخدرة في الإجراءات المدنية أو الجنائية أو الإدارية أو التشريعية ضدك ما لم تقدم تصريحًا كتابيًا، أو ما لم تأمر المحكمة بالإفصاح بعد تقديم إشعار لك وفرصة للاعتراض على ذلك الأمر وتكون مصحوبة بأمر استدعاء أو متطلبات قانونية أخرى ملزمة بالإفصاح.

- نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على الضمانات المادية والتقنية والإدارية لضمان خصوصية PHI الخاصة بك. لحماية خصوصيتك، لا يُسمح إلا لأعضاء فريق العمل في Blue Shield Promise المرخص لهم والمدرّبين بالوصول إلى سجلاتنا الورقية والإلكترونية وإلى المناطق غير العامة حيث يتم تخزين هذه المعلومات. يتم تدريب أعضاء القوى العاملة على موضوعات تشمل:
 - سياسات وإجراءات الخصوصية وحماية البيانات، بما في ذلك كيفية تصنيف السجلات الورقية والإلكترونية وتخزينها وحفظها والوصول إليها.
 - الضمانات المادية والتقنية والإدارية المعمول بها للحفاظ على خصوصية وأمن PHI الخاصة بك.
- يراقب مكتب الخصوصية لشركتنا كيفية اتباعنا لسياسات وإجراءات الخصوصية الخاصة بنا، ويثقف أفراد مؤسستنا حول هذا الموضوع المهم.
- سنلتزم بأي قانون وأية قوانين تتطلب منا منحك حماية الخصوصية، بما في ذلك قانون الخصوصية HIPAA وأي قانون خصوصية فيدرالي أو قانون خصوصية آخر في كاليفورنيا. على سبيل المثال، هناك قوانين خاصة تحمي بعض أنواع المعلومات الصحية، مثل، على سبيل المثال لا الحصر، ملاحظات العلاج النفسي، ومعلومات الصحة الإنجابية والجنسية، ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي، وخدمات الصحة العقلية، وعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD)، والمعلومات الجينية، واختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وعلاجه. سنلتزم هذه القوانين. إلى الحد الذي تحدد فيه قوانين الخصوصية الفيدرالية والخاصة بكاليفورنيا معايير مختلفة لبعض المعلومات الصحية، سنطبق المعيار الذي يوفر لمعلوماتك الصحية درجة أكبر من الحماية والأمن، ما لم يقتضيه القانون بخلاف ذلك. يحظر أي إفصاح عن PHI خارج أحكام القانون.
- سنخبرك على الفور إذا وقع أي خرق من شأنه أن يؤثر سلبيًا على خصوصية معلوماتك أو سلامتها.
- يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الواردة في هذا الإشعار ومنحك نسخة منه.
- لن نستخدم معلوماتك أو نتبادلها خلاف المواقف الواردة هنا إلا إذا أخبرتنا أن في وسعنا ذلك كتابةً. إذا أخبرتنا بذلك، يجوز لك تغيير رأيك في أي وقت. أخبرنا كتابةً إذا غيرت رأيك.
- يُرجى ملاحظة أنه من الممكن إعادة الإفصاح عن المعلومات التي كشفناها بشكل صحيح بموجب هذا الإشعار من قبل المستلم، وإذا كان الأمر كذلك، لم تعد محمية بموجب السياسات الواردة في هذا الإشعار.

لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Blue Shield of California Promise Health Plan

Privacy Office

P.O. Box 272540

Chico, CA 95927-2540

الهاتف: (888) 266-8080

الخط الساخن: (855) 296-9086

الفاكس: (800) 201-9020

البريد الإلكتروني: Privacy@blueshieldca.com

تغييرات بنود هذا الإشعار

يمكننا تغيير بنود هذا الإشعار، وسيتم تطبيق التغييرات على جميع

المعلومات المتعلقة بك التي بحوزتنا. سيتوفر الإشعار الجديد عند

الطلب، على الموقع الإلكتروني، وسنرسل إليك نسخة بالبريد.

تاريخ السريان لهذا الإشعار: