



## اطلاعات شما. حقوق قانونی شما. مسئولیت‌های ما.

این اطلاعیه نحوه استفاده و افشای اطلاعات پزشکی و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات را تشریح می‌کند. لطفاً آن را به دقت مرور کنید.

### تعهد ما نسبت به محرمانگی اطلاعات

ما در Blue Shield of California Promise Health Plan 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 سوابق درباره شما، درمان پزشکی شما و خدماتی ایجاد می‌کنیم که به شما ارایه شده است. اطلاعات موجود در این سوابق «اطلاعات درمانی محافظت شده» (PHI) نامیده می‌شود که شامل اطلاعات پزشکی شما، به طوریکه توسط قانون کالیفرنیا تعریف شده است، و اطلاعات قابل شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، و شماره تأمین اجتماعی و همچنین اطلاعات بهداشتی شما مانند تشخیص مراقبت‌های درمانی یا اطلاعات مطالبات می‌شود.

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 تأثیر 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 سوابق اعمال می‌شود که ما ایجاد کرده‌ایم، نگهداری کرده‌ایم و/یا حفظ کرده‌ایم که حاوی PHI شما هستند.

هنگامی که موضوع اطلاعات بهداشتی شما مطرح می‌شود، شما حقوق خاصی دارید. این بخش حقوق شما و برخی از مسئولیت های ما برای کمک به شما را توصیف می‌کند. در بعضی درخواست های خاص، شما باید فرمی را تکمیل کنید که می‌توانید آن را از طریق تماس با شماره خدمات مشتریان در پشت کارت شناسایی خود یا از طریق مراجعه به وبسایت ما به آدرس <https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/plan-documents> دریافت کنید.

#### یک نسخه از پرونده های بهداشتی و سوابق مطالبات خود را دریافت کنید

- می‌توانید درخواست کنید که یک نسخه از پرونده های بهداشتی و ادعاهای شما و سایر اطلاعاتی که در مورد شما داریم را مشاهده کنید. نحوه انجام اینکار را از ما سؤال کنید.
- ما یک نسخه از پرونده های بهداشتی و مطالبات شما را به طور معمول ظرف مدت 30 روز از درخواست شما، ارائه خواهیم کرد. ما ممکن است یک کارمزد معقول و مبتنی بر هزینه را برای آماده سازی، تهیه کپی و/یا ارسال آن به شما مطالبه کنیم. در بعضی شرایط محدود مجاز از منظر قانونی، ما ممکن است دسترسی شما به بخشی از سوابق تان را رد کنیم.
- ما احتمالاً نسخه کامل از پرونده های پزشکی شما را نداریم. اگر می‌خواهید پرونده هایی که نگهداری نمی‌کنیم را مشاهده کنید یا نسخه ای از آنها را دریافت کنید، لطفاً با پزشک یا درمانگاه خود تماس بگیرید.

#### از ما درخواست کنید که پرونده های بهداشتی و سوابق مطالبات را اصلاح کنیم

- می‌توانید از ما درخواست کنید تا پرونده های بهداشتی و ادعاهای شما را اصلاح کنیم در صورتیکه فکر می‌کنید اشتباه یا ناکامل هستند. نحوه انجام اینکار را از ما سؤال کنید.
- ما ممکن است در شرایط محدود خاصی که قانون اجازه داده به درخواست شما پاسخ «نه» بدهیم، ولی ظرف مدت 60 روز دلیل آنرا به طور کتبی به شما اعلام خواهیم کرد.
- ما احتمالاً نسخه کامل از پرونده های پزشکی شما را نداریم. اگر می‌خواهید سوابقی که نگهداری نمی‌کنیم را تغییر دهید، لطفاً با پزشک یا کلینیک خود تماس بگیرید.

#### برای ارتباطات محرمانه درخواست کنید

- می‌توانید از ما درخواست کنید تا در مورد اطلاعات بهداشتی محرمانه شما از طریق یک روش مشخص با شما تماس بگیریم (برای مثال، تلفن منزل یا دفتر کار) یا مکاتبات را به نشانی متفاوتی ارسال نماییم.
- درخواست شما باید به صورت کتبی باشد و ما به تمام درخواست های ارتباط محرمانه در فرم و قالب درخواستی شما، در صورتی که به آسانی در فرم و قالب درخواستی یا در مکان های جایگزین قابل تولید باشد، پاسخ می‌دهیم. اگر درخواست شما به یک کودک صغیر مربوط می‌شود، ممکن است ما از شما بخواهیم اسناد قانونی در پشتیبانی از درخواست خود ارائه کنید.

از ما درخواست کنید که آن چه استفاده می کنیم یا به اشتراک می گذاریم را محدود کنیم

- شما می‌توانید از ما درخواست کنید تا اطلاعات بهداشتی خاصی را برای درمان، پرداخت هزینه یا امور اجرایی خود استفاده یا اشتراک‌گذاری نکنیم.
- لازم نیست که با درخواست شما موافقت کنیم و اگر مراقبت شما را تحت تأثیر قرار می دهد می توانیم پاسخ «نه» بدهیم.

فهرستی از نهادهایی را دریافت کنید که اطلاعات را در اختیارشان قرار داده‌ایم

- می‌توانید فهرست («حسابرسی») دفعاتی که اطلاعات بهداشتی شما را در طول شش سال قبل از تاریخ درخواست، به اشتراک گذاشته‌ایم درخواست کنید و ما به شما خواهیم گفت که چه چیزی را در چه تاریخی و با چه کسی به اشتراک گذاشته‌ایم و چرا.
- ما همه موارد واگذاری را منظور خواهیم کرد به استثنای موارد مربوط به مداوا، پرداخت هزینه، امور اجرایی مراقبت درمانی و واگذاری های خاص دیگر (از قبیل مواردی که از ما درخواست کردید انجام دهیم). ما یک صورتحساب در سال را به طور رایگان ارائه خواهیم کرد ولی اگر برای نسخه دیگری در ظرف 12 ماه درخواست کنید دستمزد منطقی و براساس هزینه را مطالبه خواهیم کرد.

یک نسخه از اعلامیه محرمانگی را دریافت کنید

- می‌توانید برای یک نسخه کاغذی این اعلامیه در هر زمان درخواست کنید، حتی اگر موافقت کرده باشید که آنرا به صورت الکترونیکی دریافت کنید. ما یک نسخه کاغذی را در اسرع وقت در اختیار شما قرار خواهیم داد.

شخصی را انتخاب کنید تا از سوی شما اقدام کند

- 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.
- ما مطمئن خواهیم شد که آن شخص صاحب اختیار باشد و بتواند قبل از اینکه هرگونه اقدامی را اجرا کنیم برای شما اقدام کند.

اگر احساس می کنید که  
حقوق شما نقض شده است،  
شکایت تسلیم کنید

- اگر در مورد حقوق محرمانگی خود سؤالاتی دارید یا احساس می کنید که ما از حقوق محرمانگی شما تخطی کرده ایم، می توانید از طریق شماره زیر با ما تماس بگیرید:

**Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office**

P.O. Box 272540

Chico, CA 95927-2540

تلفن: (888) 266-8080

خط ویژه: (855) 296-9086

فکس: (800) 201-9020

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

- می توانید شکایتی را به دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا توسط ارسال نامه ای به نشانی: 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201 تماس با شماره (877) 696-6775، ایمیل [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)، یا بازدید از وبسایت [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) تسلیم نمایید.
- تنها برای ذینفعان Medi-Cal، می توانید یک شکایت کتبی به اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا (DHCS) و L.A. Care Health Plan تسلیم کنید:

**L.A. Care Health Plan**

**Privacy Office**

1055 West 7th Street, 10th Floor

Los Angeles, CA 90017

تلفن: (888) 839-9909

**DHCS**

DHCS Privacy Officer

1501 Capitol Avenue

MS0010

Sacramento, CA 95877-74113

تلفن: (866) 866-0602

TTY/TDD: (877) 735-2929

فکس: (916) 327-4556

وبسایت: [www.dhcs.ca.gov/](http://www.dhcs.ca.gov/)

[formsandpubs/laws/priv](http://formsandpubs/laws/priv)

- اگر شکایت تسلیم کنید، ما اقدامات تلافی جویانه بر علیه شما انجام نخواهیم داد.

برای برخی اطلاعات بهداشتی خاص، می‌توانید گزینه‌های انتخابی خود را در مورد آنچه به اشتراک می‌گذاریم و اینکه آیا آن را به اشتراک بگذاریم یا نه، به ما اطلاع دهید. اگر ترجیح خاصی برای نحوه اشتراک‌گذاری اطلاعات خود در موقعیت‌هایی دارید که در زیر ذکر شده‌اند، به ما بگویید که تمایل دارید چکار کنیم و ما از دستورالعمل‌های شما پیروی خواهیم کرد.

- برای مقاصد زیر، شما حق دارید و می‌توانید به ما بگویید که اطلاعات شما را به اشتراک نگذاریم:
- با خانواده، دوستان نزدیک یا اشخاص دیگری که در مراقبت یا پرداخت هزینه مراقبت شما دخیل هستند
- در ارتباط با تلاش‌ها در زمینه جمع‌آوری کمک مالی
- با تبادل‌کننده اطلاعات درمانی ("HIE") مانند HIE. Manifest Medex ها به ارائه کنندگان مراقبت درمانی و برنامه‌های درمانی شما کمک می‌کنند تا اطلاعات پزشکی شما به طور ایمن بررسی، تجزیه و تحلیل و به اشتراک گذاشته شود و اهداف بهبود کیفیت مراقبت شما، کاهش خطاهای پزشکی و جلوگیری از درمان‌های غیرضروری و تکراری را برآورده کنند. همچنین می‌توانید با مراجعه به [manifestmedex.org/opt-out/](https://manifestmedex.org/opt-out/) یا تماس با شماره 490-7617 (800) از اشتراک‌گذاری اطلاعات خودداری کنید.
- همانگونه که در این اطلاعیه شرح داده شده است
- اگر نمی‌توانید ترجیحات خود را به ما بگویید، برای مثال در صورت عدم هوشیاری، اگر عقیده داشته باشیم که به صلاح شما می‌باشد، ممکن است اطلاعات شما را به اشتراک بگذاریم. ما ممکن است اطلاعات شما را هنگامیکه برای کاهش تهدید جدی و قریب الوقوع به سلامتی یا ایمنی شما لازم باشد نیز به اشتراک بگذاریم.

- در این موارد، هرگز اطلاعات شما را بدون اجازه کتبی شما به اشتراک نخواهیم گذاشت:
- منظورات بازاریابی
- فروش اطلاعات شما

به طور معمول نحوه استفاده یا واگذاری اطلاعات بهداشتی شما چگونه است؟ ما معمولاً از اطلاعات درمانی شما بدون اجازه کتبی شما به روش های زیر استفاده کرده یا آن را به اشتراک می گذاریم.

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| کمک به مدیریت مداوا در مراقبت درمانی که دریافت می کنید | <ul style="list-style-type: none"> <li>ما ممکن است از اطلاعات بهداشتی شما استفاده کرده و آنرا به متخصصینی واگذار کنیم که شما را مداوا می کنند.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                | <p><b>مثال:</b> پزشک اطلاعاتی را در مورد تشخیص بیماری و طرح های درمانی شما ارسال می کند تا بتوانیم ترتیب خدمات اضافی را بدهیم.</p>                                         |
| اداره امور سازمانی ما                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ما می توانیم اطلاعات شما را برای امور سازمانی خود استفاده کرده یا به اشتراک بگذاریم و در صورت لزوم شامل اهداف تعهدات بیمه ای، با شما تماس بگیریم.</li> <li>لطفا توجه داشته باشید که ما PHI شما که اطلاعات عمومی محسوب می شود را برای اهداف تصدیق استفاده نکرده و افشا نخواهیم کرد - این امر طبق قانون فدرال ممنوع است.</li> </ul> | <p><b>مثال:</b> ما از اطلاعات بهداشتی شما برای ارائه خدمات بهتر به شما استفاده می کنیم.</p>                                                                                |
| پرداخت هزینه خدمات بهداشتی شما                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>ما می توانیم برای پرداخت هزینه خدمات بهداشتی شما از اطلاعات بهداشتی شما استفاده کرده یا آنرا واگذار کنیم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              | <p><b>مثال:</b> ما اطلاعات مربوط به شما را با برنامه دندانپزشکی شما به اشتراک می گذاریم، تا پرداخت هزینه خدمات دندانپزشکی شما هماهنگ شود.</p>                              |
| اداره امور برنامه درمانی شما                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>ما ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را برای اداره برنامه درمانی در اختیار بانی برنامه درمانی شما قرار دهیم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                | <p><b>مثال:</b> شرکت شما برای ارائه برنامه درمانی با ما قرارداد دارد و ما آمار خاصی را در اختیار شرکت شما قرار می دهیم تا حق بیمه هایی که مطالبه می کنیم را توجیه کند.</p> |

سایر روش‌های استفاده یا اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی شما چیست؟ ما اجازه داریم و لازم است که اطلاعات شما را بدون اجازه کتبی شما به روش‌های دیگری - معمولاً به روش‌هایی که به نفع عموم مردم باشد از قبیل بهداشت و پژوهش عمومی، به اشتراک بگذاریم. ما باید قبل از واگذاری اطلاعات شما برای این منظورات شرایط قانونی خاصی را برآورده کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر بازدید کنید:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

#### کمک به بهداشت عمومی و موضوعات ایمنی

• ممکن است اطلاعات درمانی مربوط به شما را در شرایط خاصی به اشتراک بگذاریم، از جمله:

- پیشگیری از بیماری‌ها
- کمک در فراخوانی محصولات
- گزارش واکنش‌های ناخوشایند به داروها
- گزارش سوء ظن در مورد بدرفتاری، سهل انگاری یا خشونت خانگی
- کمک به تلاش‌های امداد رسانی در برابر فاجعه
- پیشگیری یا کاهش تهدید جدی به بهداشت یا ایمنی هر شخص

#### انجام پژوهش

• ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را برای پژوهش‌های بهداشتی استفاده کرده یا به اشتراک بگذاریم، ولی فقط طبق قانون و در محدوده مجاز.

#### پاسخگویی به درخواست‌های مربوط به اهدای اندام و بافت و همکاری با پزشکی قانونی و سرپرست کفن و دفن

- ممکن است اطلاعات بهداشتی را با سازمان‌های تهیه و تدارک اعضای بدن به اشتراک بگذاریم.
- ممکن است اطلاعات بهداشتی را با پزشک قانونی، بازرس پزشکی یا سرپرست کفن و دفن هنگام فوت شخص به اشتراک بگذاریم، ولی فقط طبق قانون و در محدوده مجاز.

#### رسیدگی به درخواست‌های جبران خسارت کارگران، اجرای قانون و سایر درخواست‌های دولتی

- ما ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را در موارد زیر استفاده کرده یا به اشتراک بگذاریم:
  - برای ادعاهای پوشش خسارت پرداختی به کارمندان
  - به منظور اجرای قانون یا با مأمورین اجرای قانون، ولی فقط طبق قانون و در صورت مجاز بودن آن
  - با سازمان‌های نظارت بهداشتی برای فعالیت‌هایی که از نظر قانونی مجاز باشند ولی فقط طبق قانون و در محدوده مجاز قانونی
  - برای عملکردهای دولتی از قبیل ارتش، امنیت ملی و خدمات محافظت از رئیس جمهور، ولی فقط طبق قانون و در محدوده مجاز

#### پیروی از قانون

- اگر قوانین ایالتی یا فدرال لازم بدانند ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را به اشتراک بگذاریم، شامل اداره بهداشت و خدمات انسانی در صورتیکه بخواهند تأیید کنند که از قانون محرمانگی فدرال پیروی می‌کنیم.

#### پاسخگویی به دادخواهی و اقدامات قانونی

- ممکن است اطلاعات درمانی شما را در پاسخ به حکم دادگاه یا حکم اجرایی یا در پاسخ به یک احضاریه به اشتراک بگذاریم، ولی فقط طبق قانون و در محدوده مجاز.

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 استفاده نخواهیم کرد، PHI شما را نمی‌فروشیم و یا سوابق اختلال مصرف مواد یا یادداشت‌های روان درمانی شما را بدون مجوز کتبی شما استفاده یا افشا نمی‌کنیم، مگر در مواردی که قانون به صراحت اجازه داده باشد.

شما می‌توانید مجوز کتبی که قبلاً به ما داده‌اید 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.

آیا مواردی وجود دارد که اطلاعات بهداشتی شما را به اشتراک نگذاریم؟ ما اجازه نداریم که انواع اطلاعات درمانی زیر را بدون اجازه کتبی شما استفاده کرده یا به اشتراک بگذاریم مگر اینکه قانون اجازه دیگری را صادر کرده باشد:

#### مراقبت‌های بهداشت باروری

- اطلاعات درمانی شما را نمی‌توان برای انجام هرگونه تحقیقات جنایی، مدنی یا اداری استفاده یا افشا کرد یا هرگونه مسئولیت را بر شما یا هر شخص دیگری تحمیل کرد یا شما یا هر شخص دیگری را در رابطه با درخواست، دریافت، ارائه یا تسهیل مراقبت‌های سلامت باروری شناسایی نمود، به شرطی که مراقبت‌های سلامت باروری تحت قانون فدرال و قانون ایالتی که در آن مراقبت‌های سلامت باروری ارائه می‌شود، قانونی باشد. مراقبت‌های سلامت باروری شامل خدمات مربوط به سقط جنین می‌باشد اما محدود به این مورد نیست.
  - هرگونه اطلاعات درمانی شما در رابطه با خدمات مربوط به سقط جنین قانونی در پاسخ به یک احضاریه، درخواست یا حکم دادگاه و یا در همکاری با استعلام یا تحقیقات توسط یک شخص یا نهاد دولتی در ایالت دیگر یا سازمان اجرای قانون فدرال، بدون اجازه کتبی شما منتشر نخواهد شد، مگر اینکه به صراحت اجازه داده شود یا الزام قانونی داشته باشد.
  - هرگونه اطلاعات درمانی شما در رابطه با درخواست، دریافت، ارائه، حمایت یا کمک به شما در انجام سقط جنین قانونی، در سیستم سوابق درمانی الکترونیک یا از طریق HIE به هر شخص در ایالت دیگر، بدون اجازه کتبی شما افشا نخواهد شد، به اشتراک گذاشته نخواهد شد یا در دسترس قرار نخواهد گرفت، مگر اینکه به صراحت مجاز شود یا الزامی باشد.
- مثال:** اگر در یک ایالت زندگی می‌کنید و برای دریافت مراقبت‌های درمانی قانونی باروری، مانند سقط جنین، به کالیفرنیا سفر می‌کنید، در صورتی که کسی تلاش کند برای دریافت آن مراقبت در مورد شما تحقیق کند، ما اجازه نداریم این اطلاعات را به اشتراک بگذاریم و آن را به اشتراک نخواهیم گذاشت. با این حال، اگر مدرک قانونی را از شخص درخواست کننده دریافت کنیم، ممکن است PHI شما را که به طور بالقوه مربوط به مراقبت‌های درمانی باروری (مانند سقط جنین) می‌شود، برای اهداف زیر افشا کنیم:
- فعالیت‌های نظارت بر سلامتی
  - رسیدگی‌های قضایی یا اداری
  - اجرای قانون
  - معاینات پزشکی یا پزشکی قانونی

درمان اختلال مصرف مواد

- هیچ پرونده درمان اختلال مصرف مواد مخدری در دادرسی‌های مدنی، جنایی، اداری یا قانونی بر علیه شما استفاده یا افشا نخواهد شد، مگر اینکه اجازه کتبی بدهید یا مگر اینکه دادگاه پس از ارائه ابلاغیه و فرصت برای اعتراض شما، حکم افشاگری صادر کند و دستور با یک احضاریه یا سایر شرایط قانونی قانع کننده برای افشا همراه باشد.

**مثال:** اگر در یک دعوی دادگاهی درگیر هستید و شخصی از ما پرونده‌های درمان اختلال مصرف مواد مخدر شما را درخواست کند، ما آنها را ارائه نخواهیم کرد، مگر اینکه به طور کتبی به ما اعلام کنید یا یک دادگاه چنین حکمی را اعلام و یک سند قانونی مبنی بر نیاز به آن صادر کند.

- ما طبق قانون ملزم به حفظ ایمنی فیزیکی، فنی و اداری برای اطمینان از حفظ محرمانگی PHI شما هستیم. برای حفظ حریم شخصی شما، فقط کارکنان Blue Shield Promise که مجاز و مجرب هستند به سوابق فیزیکی و الکترونیکی ما و مناطق غیرعمومی محل نگهداری این اطلاعات دسترسی دارند. اعضای نیروی کار در موضوعاتی مثل این موارد، آموزش دیده‌اند:
- خطمشی‌ها و رویه‌های محرمانگی و محافظت از داده، از جمله روش برچسب زدن، 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 از هرگونه و همه قوانینی که ما را ملزم به محافظت از حریم خصوصی شما می‌کند، از جمله HIPAA و هر قانون حفظ حریم خصوصی فدرال یا کالیفرنیا پیروی خواهیم کرد. برای مثال، قوانین خاصی وجود دارد که از برخی انواع اطلاعات درمانی محافظت می‌کند، از قبیل، اما نه محدود به، یادداشت‌های روان درمانی، اطلاعات سلامت باروری و جنسی، مراقبت تأیید جنسیت، خدمات بهداشت روان، درمان اختلالات مصرف مواد (SUD)، اطلاعات ژنتیکی و آزمایش و درمان HIV/ایدز. ما از این قوانین پیروی خواهیم کرد. تا جایی که قوانین حفظ حریم خصوصی فدرال و کالیفرنیا استانداردهای مختلفی را برای اطلاعات درمانی خاص تعیین می‌کنند، ما استانداردهای را اعمال خواهیم کرد که اطلاعات درمانی شما را با درجه بیشتری از حفاظت و امنیت تأمین کند، مگر اینکه قانون غیر از آن را الزام کرده باشد. هرگونه افشای PHI فراتر از مقررات قانونی، ممنوع است.
- اگر تخلفی رخ بدهد که موجب نقص محرمانگی یا ایمنی اطلاعات شما شود در اسرع وقت به شما اطلاع خواهیم داد.
- ما باید از وظایف و روال‌های رازداری که در این اعلامیه توصیف شده پیروی کرده و نسخه از آن را در اختیار شما قرار دهیم.
- ما از اطلاعات شما به غیر از مواردی که در اینجا توصیف شده استفاده نکرده یا آنرا واگذار نخواهیم کرد مگر اینکه به طور کتبی به ما بگویید که می‌توانیم اینکار را انجام دهیم. اگر به ما بگویید که می‌توانیم، می‌توانید در هر زمان تغییر عقیده بدهید. اگر تغییر عقیده دادید به طور کتبی به ما اطلاع دهید.
- لطفاً توجه داشته باشید که ممکن است اطلاعاتی که متعاقب این اعلامیه به طور مناسب به اشتراک گذاشته‌ایم توسط دریافت کننده مجدداً به اشتراک گذاشته شده و در این صورت دیگر تحت حفاظت سیاست‌های این اعلامیه نمی‌باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر بازدید کنید:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://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

تلفن: (888) 266-8080

خط ویژه: (855) 296-9086

فکس: (800) 201-9020

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

تغییرات در شرایط این اعلامیه

ما می‌توانیم شرایط این اعلامیه را تغییر داده و این تغییرات به همه اطلاعاتی مربوط می‌شوند که در مورد شما در اختیار داریم. اعلامیه جدید در صورت درخواست در تارنمای ما موجود بوده و یک نسخه را برای شما پست خواهیم کرد.

تاریخ اجرای این اعلامیه: