



إشعار ممارسات الخصوصية

يوضح هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية والمعلومات المتعلقة بطب الأسنان وبالبصر الخاصة بك، فيما يتعلق بمزاياك الصحية، والإفصاح عنها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى مراجعته بعناية.

توفر هيئة الصحة للمبادرة المحلية لمقاطعة لوس أنجلوس، وهي كيان عام يعمل ويدير أعمالاً باسم L.A. Care Health Plan (L.A. Care) مزايا الرعاية الصحية والتغطية الخاصة بك من خلال برامج حكومية وفيدرالية وتجارية. إن حماية المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) الخاصة بك أمر مهم بالنسبة لنا. يجب على خطة L.A. Care تزويدك بهذا الإشعار حول حقوقك وبعض مسؤولياتنا للحفاظ على PHI الخاصة بك، بما في ذلك إشعار الممارسات في ولاية كاليفورنيا، وإشعار ممارسات قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). يطلعك هذا الإشعار على الكيفية التي من خلالها يمكننا استخدام ومشاركة PHI الخاصة بك. ويخبرك أيضاً ما هي حقوقك. وربما يكون لديك حقوق خصوصية إضافية أكثر صرامة بموجب قانون الولاية.

II. كيف نقوم بحماية PHI الخاصة بك

إن خطة L.A. Care ملتزمة بحماية PHI الخاصة بك. نحافظ على خصوصية وأمن PHI أعضائنا الحاليين والسابقين كما يقتضي القانون ومعايير الاعتماد. نستخدم الضمانات المادية والإلكترونية، ويتم تدريب موظفينا بانتظام على استخدام PHI ومشاركتها. تتضمن بعض الطرق التي نحافظ بها على أمن PHI تأمين المكاتب وإقفال المكاتب وخزائن الملفات وحماية أجهزة الكمبيوتر والأجهزة الإلكترونية بكلمة مرور وإتاحة الوصول فقط إلى المعلومات التي يحتاجها الموظفون للقيام بعملهم. حيثما يقتضي القانون، عندما يعمل شركاؤنا في العمل معنا، يجب عليهم أيضاً حماية أي PHI نشاركها معهم ولا يُسمح لهم بإعطاء المعلومات الصحية المحمية للآخرين باستثناء ما يسمح به القانون، وهذا الإشعار. وفقاً لما يقتضيه القانون، سنخبرك إذا كان هناك خرق PHI غير الأمانة خاصتك. سنتبع هذا الإشعار، ولن نستخدم معلوماتك أو نشاركها بخلاف ما هو موضح في هذا الإشعار، أو وفقاً لقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية، أو بموجب إذن منك.

I. إن PHI الخاصة بك هي شخصية وسرية.

تتلقى خطة L.A. Care معلوماتك الصحية المحمية PHI التي تحدد هويتك، مثل اسمك ومعلومات الاتصال والحقائق الشخصية والمعلومات المالية، من عدة مصادر، مثل الوكالات الحكومية والفدرالية والمحلية بعد أن تصبح مؤهل و/أو معين و/أو مشترك في برنامج L.A. Care. كما نتلقى PHI عنك تقدمها أنت لنا. أيضاً، نتلقى PHI من مقدمي الرعاية الصحية مثل الأطباء المعالجين والعيادات والمستشفيات والمختبرات وشركات التأمين أو جهات دافعة أخرى. نستخدم هذه المعلومات لتنسيق رعايتك الصحية واعتمادها ودفع تكاليفها وتحسينها والتواصل معك. لا يمكننا استخدام معلوماتك الجينية لتقرير ما إذا كنا سنعطيك تغطية رعاية صحية أو تكلفة تلك التغطية. في بعض الأحيان، قد نتلقى معلومات عنك تتعلق بالعرق والانتماء العرقي واللغة. قد نستخدم هذه المعلومات لمساعدتك والتواصل معك وتحديد احتياجاتك، مثل تزويدك بالمواد التعليمية باللغة التي تفضلها، وتقديم خدمات الترجمة الفورية دون أي تكلفة عليك. نحن نستخدم ونشارك هذه المعلومات على النحو المنصوص عليه في هذا الإشعار. لا نستخدم هذه المعلومات لنقرر ما إذا كنا سنعطيك تغطية رعاية صحية أو تكلفة تلك التغطية.

III. التغييرات على إشعار ممارسات الخصوصية هذا

يجب على خطة L.A. Care الالتزام بالإشعار الذي نستخدمه الآن. لدينا الحق في تغيير إشعار ممارسات الخصوصية هذا في أي وقت. سنتطبق أي تغييرات على جميع PHI الخاصة بك، بما في ذلك PHI التي تلقيناها قبل إجراء التغييرات. سنخبرك عندما نجرى تغييرات على هذا الإشعار من خلال رسالة إخبارية أو خطاب أو عبر الموقع الإلكتروني. يمكنك أيضاً أن تطلب منا نسخة من الإشعار الجديد، يُرجى الاطلاع أدناه على كيفية الاتصال بنا.

IV. كيف يمكننا استخدام ومشاركة PHI عنك

تجمع خطة L.A. Care أو تستخدم أو تشارك PHI على النحو الذي يسمح به قانون للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية المرتبطة بالبرنامج الذي تم اشتراكك به. تتضمن PHI التي نستخدمها ونشاركها، على سبيل المثال لا الحصر:

- الاسم؛
- العنوان؛
- العلاج والعناية المتلقاة؛
- السجل الصحي؛ و
- التكلفة/الدفع مقابل الرعاية.

الطرق التي نستخدم ونشارك بها PHI عادةً:

نستخدم ونشارك PHI بشكل عام بالطرق التالية:

- **العلاج:** لا نقدم العلاج، ولكن يمكننا استخدام ومشاركة PHI مع مقدمي الرعاية الصحية وخدمات أخرى مثل الأطباء والمستشفيات وموردي المعدات الطبية المعمرة وغيرهم لتقديم الرعاية والعلاج والخدمات الأخرى والمعلومات لمساعدتك.
- **الدفع:** يمكننا استخدام PHI ومشاركتها مع مقدمي الرعاية الصحية ومقدمي الخدمات وشركات التأمين والدافعين الآخرين لمعالجة طلبات المدفوعات ودفع تكاليف الخدمات الصحية المقدمة لك.
- **عمليات الرعاية الصحية:** يمكننا استخدام PHI ومشاركتها لتشغيل مؤسستنا والاتصال بك عند الضرورة، لعمليات التدقيق على سبيل المثال وتحسين الجودة وإدارة الرعاية وتنسيق الرعاية والوظائف اليومية. يجوز لنا أيضاً استخدام PHI ومشاركتها مع برامج الولاية والبرامج الفيدرالية وبرامج المقاطعة للمشاركة، وإدارة البرنامج.

بعض الأمثلة على طرق استخدام PHI:

- لإعطاء معلومات لطبيب أو مستشفى لتأكيد المزاي، وحصّة المشاركة في الدفع، أو المبلغ المستقطع الخاص بك.
- لاعتماد الرعاية مسبقاً.
- لمعالجة ودفع المطالبات المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية والعلاج الذي تلقينته.
- لإعطاء PHI إلى طبيبك أو المستشفى حتى يتمكنوا من علاجك.

- لمراجعة جودة الرعاية والخدمات التي تتلقاها.

- لمساعدتك وتزويدك بمعلومات تعليمية وخدمات تحسين الصحة، لحالات مثل مرض السكري، على سبيل المثال.
- لإبلاغك بالخدمات والبرامج الإضافية التي قد تهتمك و/أو تساعدك، على سبيل المثال صف لياقة بدنية في مثل درس اللياقة البدنية في مركز موارد الأسرة لدى خطة L.A. Care.

- لتذكيرك بالحصول على تقييمات صحية أو اختبارات أو فحوص منتظمة.

- لتطوير برامج ومبادرات تحسين الجودة، بما في ذلك إنشاء أو استخدام أو مشاركة البيانات غير المحددة على النحو الذي يسمح به HIPAA.

- لاستخدام المعلومات ومشاركتها، بشكل مباشر أو غير مباشر، مع تبادل المعلومات الصحية، من أجل العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية.

- التحقيق والادعاء في قضايا مثل الاحتيال أو التبييد أو الإساءة.

V. طرق أخرى يمكننا من خلالها استخدام PHI ومشاركتها

يُسمح لنا أو يُطلب منا مشاركة PHI خاصتك بطرق أخرى، عادةً للمساهمة في الصالح العام، مثل الصحة العامة والبحث. يمكننا استخدام أو مشاركة PHI خاصتك للأغراض الإضافية التالية:

- للامتثال لقوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية أو المحلية.
- للامتثال لطلب من وكالة إنفاذ القانون، مثل الشرطة أو الجيش أو وكالة الأمن القومي، أو وكالة أو هيئة حكومية محلية فيدرالية أو تابعة للولاية، مثل مجلس تعويض العمال أو وكالة رقابة صحية لأنشطة مصرح لها بموجب القانون أو المحكمة أو الأمر الإداري.
- للرد على وزارة الصحة والخدمات البشرية إذا كانت تريد أن ترى أننا نلتزم بقانون الخصوصية الفيدرالي.

- **رسائل البريد الإلكتروني.** إذا أعطيتنا عنوان بريدك الإلكتروني (بما في ذلك إذا قدم الوصي أو من ينوب عنك بريدك الإلكتروني)، فعندئذٍ لبعض الأغراض المحدودة، على سبيل المثال التسجيل والعضو وموفر الرعاية والمواد التعليمية أو رسائل تذكيرية، أو تأكيد المدفوعات، إذا كنت توافق على استلامها إلكترونياً، فقد نرسل إليك بريداً إلكترونياً. قد يكون هناك رسوم على الإنترنت أو البريد الإلكتروني أو مزود الهاتف الخليوي لتلقي رسائل البريد الإلكتروني، يُرجى الاتصال بمزود الإنترنت أو البريد الإلكتروني أو الهاتف الخليوي الخاص بك من أجل هذه المعلومة. أنت تقر وتوافق على أنه إذا كنت تستخدم عنوان بريد إلكتروني و/أو جهاز كمبيوتر غير مشفر، أو تصل إلى رسائل البريد الإلكتروني الخاصة بك من خلال جهاز محمول، أو تشارك بريداً إلكترونياً، أو جهاز كمبيوتر، أو هاتفاً خلويًا، فهناك خطر من إمكانية قراءة PHI الخاصة بك من قبل طرف ثالث وأنت تقبل مخاطر ذلك وتتنازل عن أي حماية قد تتمتع بها بموجب أي قوانين. إذا كنت لا ترغب في تلقي رسائل البريد الإلكتروني في أي وقت، فالرجاء اتباع إرشادات (إلغاء الاشتراك) "Unsubscribe" أسفل الرسالة لإيقاف تلقي اتصالات البريد الإلكتروني.

VI. إذن كتابي

إذا أردنا استخدام PHI خاصتك أو مشاركتها لأي غرض غير منصوص عليه في هذا الإشعار، فسنحصل على إذن كتابي منك. على سبيل المثال، استخدام PHI أو مشاركتها للتسويق أو البيع يحتاج إلى إذن كتابي منك. إذا استخدمنا ملاحظات العلاج النفسي أو شاركناها، فقد نحتاج أيضاً إلى إذن منك. إذا أعطيتنا إذن، فيمكنك إلغاؤها في أي وقت كتابياً، ولن نستخدم PHI الخاصة بك أو نشاركها لهذا الغرض بعد تاريخ معالجة طلبك. ولكن، إذا استخدمنا PHI الخاصة بك بالفعل أو شاركناها بإذن منك، فقد لا تتمكن من التراجع عن أي إجراء حدث قبل إلغاء الإذن الخاص بك.

VIII. حقوقك

لديك حقوق معينة تتعلق PHI وكيف يمكن استخدامها أو مشاركتها. لديك الحق أن:

- **تحصل على نسخة من السجلات الصحية والمطالبات.** يمكنك أن تطلب رؤية أو الحصول على نسخة من PHI الخاصة بك. سنقدم نسخة أو ملخصاً عن صحتك وسجلات المطالبات الخاصة بك. قد تكون هناك بعض المعلومات والسجلات التي قد لا تكشف عنها على النحو الذي يسمح به القانون، أو قد لا تتمكن من تقديم معلومات معينة في بعض الأشكال أو التنسيقات أو الوسائط. قد نفرض رسوماً معقولة مقابل نسخ PHI وإرسالها بالبريد.
- لا تحتفظ خطة *L.A. Care* بنسخة كاملة من سجلاتك الطبية، يُرجى الاتصال بموفر الرعاية الصحية الخاص بك إذا كنت تريد الاطلاع على، أو الحصول على نسخة، أو تغيير خطأ في سجلاتك الطبية.

- للمساعدة في عمليات سحب المنتج.
- للإبلاغ عن ردود الفعل السلبية على الأدوية.
- للإبلاغ عن سوء المعاملة أو الإهمال أو العنف المنزلي، كما هو مطلوب أو مسموح به بموجب القانون.
- لأبحاث الرعاية الصحية.
- للرد على طلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة، والعمل مع طبيب شرعي أو مدير جنازات.
- فيما يتعلق بالشكاوى والتحقيقات والدعاوى القضائية والإجراءات القانونية.
- لمنع أو تقليل تهديد خطير لصحة أي شخص أو سلامته.

VI. التواصل معك

قد نستخدم PHI للتواصل معك أو من ينوب عنك بشأن المزايا والخدمات واختيار مقدم الرعاية الصحية والفواتير والمدفوعات. ستمثل خطة *L.A. Care* للقوانين المعمول بها في اتصالاتها معك، بما في ذلك قانون حماية المستهلك عبر الهاتف (Telephone Consumer Protection ACT, TCPA). قد نتواصل معك من خلال الرسائل والنشرات الإخبارية والنشرات، وعلى النحو التالي:

- **اتصالات هاتفية.** إذا كنت قد زدتنا برقم هاتفك (بما في ذلك إذا زد الوصي أو من ينوب عنك رقم هاتفه)، بما في ذلك رقم هاتفك الخليوي، فإننا، بما في ذلك الشركات التابعة لنا والمقاولين الفرعيين، نيابةً عنا، يجوز لنا الاتصال أو الاتصال بك، بما في ذلك استخدام نظام اتصال هاتفي تلقائي/أو صوت اصطناعي وفقاً للقوانين المعمول بها. قد تفرض رسوماً على الهاتف الخليوي رسوماً مقابل المكالمات، يرجى الاتصال بشركة الهاتف الخليوي من هذه المعلومة. إذا كنت لا تريد أن يتم الاتصال بك بهذه الطريقة، فيرجى إخبار المتصل أو الاتصال بنا لوضعك في قائمة عدم الاتصال الخاصة بنا.
- **إرسال رسائل نصية إليك.** إذا كنت قد زدتنا برقم هاتفك الخليوي (بما في ذلك إذا قدم الوصي أو من ينوب رقم هاتفه)، فلأجل أغراض معينة، مثل الرسائل التذكيرية وخيارات العلاج والخدمات والرسائل التذكيرية أو تأكيدات دفع القسط، فإننا بما في ذلك الشركات التابعة لنا والمقاولين الفرعيين، نيابةً عنا، قد يرسلون رسائل نصية إليك وفقاً للقوانين المعمول بها. قد تفرض عليك شركة الهاتف الخليوي رسوماً مقابل تلقي الرسائل النصية، يُرجى الاتصال بشركة الهاتف الخليوي من أجل هذه المعلومات. إذا كنت لا ترغب في تلقي رسائل نصية فيرجى اتباع معلومات إلغاء الاشتراك في الرسالة، أو الرجاء الرد بـ (إيقاف) "STOP" لإيقاف تلقي هذه الرسائل.

IX. الشكاوى

إذا كنت تعتقد أننا لم نحمى معلوماتك الصحية المحمية PHI، فيحق لك تقديم شكوى إلينا، عن طريق الاتصال بنا على:

L.A. Care Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
هاتف: **1.888.839.9909**
TTY/TDD: **711**

يمكنك أيضاً الاتصال بـ:

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
هاتف: **1.800.638.1019**
فاكس: **1.415.437.8329**
TTY/TDD: **1.800.537.7697**
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

يمكن لأعضاء **Medi-Cal** التواصل أيضاً مع:
California Department of Health Care Services
Office of HIPAA Compliance
Privacy Officer
1501 Capitol Avenue, MS0010
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
www.dhcs.ca.gov

X. مارس الحقوق الخاصة بك دون الشعور بالخوف
لن نتخذ خطة L.A. Care أي إجراء ضدك لاستخدام حقوق
الخصوصية في هذا الإشعار أو تقديم شكوى.

XI. تاريخ السريان

تاريخ السريان الأصلي لهذا الإشعار هو 14 أبريل، 2003. تمت مراجعة
هذا الإشعار مؤخراً في 1 أكتوبر، 2019.

• **اطلب منا تصحيح السجلات الصحية والمطالبات.** إذا كنت تعتقد أن هناك خطأ في معلوماتك الصحية المحمية، يمكنك أن تطلب منا تصحيحه. قد تكون هناك بعض المعلومات التي قد لا تتمكن من تغييرها، على سبيل المثال تشخيص الطبيب، وسنخبرك بذلك كتابةً. إذا قدم لنا شخص آخر المعلومات، على سبيل المثال طبيبك، فسنخبرك إن، فنتمكن أن نطلب منه/منها تصحيح ذلك.

• **اطلب أن نتواصل معك بشكل سري.** يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك بطريقة معينة (على سبيل المثال، هاتف المنزل أو المكتب) أو إرسال بريد إلى عنوان مختلف. قد لا يتم الموافقة على جميع المطالبات، ولكننا سنوافق على طلب معقول، إذا أخبرتنا أنك ستكون في خطر إذا لم نفعل ذلك، على سبيل المثال.

• **اطلب منا تحديد ما نستخدمه أو نشاركه.** يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة لأجل العلاج أو الدفع أو لأجل عملياتنا. بموجب القانون، لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك، وقد نقول "لا" إذا كان سيؤثر على رعايتك أو دفع المطالبات، أو العمليات الرئيسية أو عدم الامتثال لقواعد، أو الواجبات أو لوكالة حكومية أو طلبات تطبيق القانون، أو أمر محكمة أو أمر إداري.

• **احصل على قائمة بأولئك الذين شاركنا معهم PHI الخاصة بك.** يمكنك أن تطلب منا قائمة (حساب) بالأوقات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية، ومع من شاركناها، ووصفاً موجزاً للسبب. سنزودك بالقائمة الخاصة بالفترة التي تطلبها. بموجب القانون، سنقدم القائمة لمدة أقصاها ستة (6) سنوات قبل تاريخ طلبك الكتابي. سنقوم بتضمين جميع الإفصاحات باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية وبعض الإفصاحات الأخرى، مثل متى شاركنا المعلومات معك، أو بإذن منك. سنقدم حساباً واحداً سنوياً مجاناً، ولكن قد نفرض رسوماً مجانية معقولة مقابل أي طلبات إضافية.

• **احصل على نسخة من إشعار الخصوصية هذا.** يمكنك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار من خلال الاتصال بنا.

• **اختر شخص ما للعمل نيابة عنك.** إذا كنت قد أعطيت شخصاً توكيلاً طبياً أو إذا كان هناك شخص ما هو الوصي القانوني لك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ قرارات بشأن PHI الخاصة بك. قد نطلب منك أو من ينوب عنك تزويدنا ببعض المعلومات والمستندات، على سبيل المثال نسخة من أمر المحكمة بمنح الوصاية. ستحتاج أنت أو ولي أمرك إلى ملء تفويض كتابي، يُرجى الاتصال بنا على الرقم أدناه لمعرفة كيفية القيام بذلك.

يرجى الاتصال بنا على الرقم الموجود في بطاقة الهوية الخاصة بك، أو مراسلتنا لمعرفة كيفية طلب ما ورد أعلاه. ستحتاج إلى تقديم طلبك كتابياً وإخبارنا بمعلومات معينة. يمكننا أن نرسل لك النموذج (النماذج).

XII. الاتصال بنا، أو الأسئلة، أو إذا كنت تريد هذا الإشعار بلغة أخرى أو تنسيقاً آخر:

إذا كانت لديك أسئلة حول هذا الإشعار، أو تريد المساعدة في تطبيق حقوقك، أو تريد هذا الإشعار بلغة أساسية أخرى (العربية، أو الأرمنية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الخميرية، أو الكورية، أو الروسية، أو الإسبانية، أو التاغالوغية، أو الفيتنامية)، أو بطباعة بأحرف كبيرة أو بتسجيل صوتي أو بأي تنسيق بديل آخر (عند الطلب) دون أي تكلفة عليك، فيرجى الاتصال أو الكتابة إلينا على العنوان:

L.A. Care Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
هاتف: **1.888.839.9909**
711 :TTY/TDD

أو

L.A. Care Privacy Officer
L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017