

اطلاعیه روش حفظ حریم شخصی

لازم الاجرا : 14 آوریل، 2003 | به روز رسانی : ژانویه 2022

CalOptima Health دسترسی شما به خدمات درمانی را از طریق برنامه مدیکل ممکن میسازد. ما طبق قانون ایالتی و فدرال باید از اطلاعات پزشکی شما محافظت کنیم. پس از کسب شرایط عضویت و ثبت نام در برنامه درمانی ما، مدیکر یا مدیکل اطلاعات شما را برای ما میفرستند. پزشکان، درمانگاهها، آزمایشگاهها و بیمارستانها نیز اطلاعات شما را برای تایید و پرداخت هزینه خدمات درمانی برای ما میفرستند.

این اطلاعیه نحوه استفاده و در میان گذاردن اطلاعات شما توسط ما و چگونگی دسترسی شما به این اطلاعات را توضیح میدهد. لطفاً با دقت مطالعه نمایید.

حقوق شما

شما در مورد اطلاعات پزشکی خود، حقوق معینی دارید.

در این بخش حقوق شما و برخی از مسئولیت های ما نسبت به شما توضیح داده شده.

<ul style="list-style-type: none"> • شما میتوانید خواستار مشاهده و دریافت رونوشت پرونده های پزشکی و سابقه مطالبات خود و دیگر اطلاعات پزشکی شما که در اختیار ما قرار دارد، شوید. شما باید این درخواست را به صورت کتبی ارائه دهید. فرمی برای پر کردن در اختیار شما قرار میگیرد و ما ممکن است مبلغ معقولی بابت هزینه کپی و ارسال پستی پرونده را از شما مطالبه کنیم. برای مشاهده یا دریافت رونوشت پرونده پزشکی، ارائه کارت شناسایی معتبر الزامی است. • ما رونوشت یا خلاصه پرونده های پزشکی و سابقه مطالبات شما را معمولاً ظرف 30 روز از تاریخ درخواست شما در اختیارتان قرار میدهم. • ما ممکن است دسترسی شما به برخی قسمتهای پرونده تان را به دلایل قانونی محدود کنیم. • CalOptima Health کپی کامل پرونده پزشکی شما را در اختیار ندارد. برای دیدن، رونوشت برداری یا تغییر دادن پرونده پزشکی خود با پزشک خود یا درمانگاه تماس بگیرید. 	<p>دریافت رونوشت پرونده پزشکی و سابقه مطالبات</p>
<ul style="list-style-type: none"> • شما حق دارید که درخواست کتبی تغییر اطلاعات پرونده، در صورت نادرست یا ناقص بودن آن را به ما ارائه کنید. این درخواست را باید به صورت کتبی ارائه دهید. • اگر اطلاعات به وسیله CalOptima Health تهیه نشده یا در اختیار CalOptima Health نباشد، یا از نظر ما درست و کامل باشد، ممکن است درخواست شما را نپذیریم ولی دلیل آن را ظرف 60 روز به شما اعلام میکنیم. • اگر ما تغییر مورد نظر شما را اعمال نکنیم، میتوانید به اعتراض کنید. همچنین میتوانید اظهاریه ای که دلیل عدم موافقت شما را با سوابق ما اعلام نموده باشد، برای ما ارسال نمایید. اظهاریه شما در سوابق ما نگهداری خواهد شد. 	<p>ارائه درخواست اصلاح پرونده های پزشکی و مطالبات</p>

اطلاعیه روش حفظ حریم شخصی

<ul style="list-style-type: none"> • شما میتوانید خواستار نوع خاصی از تماس (مثلاً از طریق تلفن منزل یا محل کار) یا ارسال نامه به نشانی متفاوتی شوید. • ما همه درخواستهای معقول را در نظر خواهیم گرفت. اگر به ما بگویید که با نپذیرفتن آن ممکن است در معرض خطر قرار بگیرید، ما باید به آن "بله" بگوییم. 	<p>درخواست ارتباطات محرمانه</p>
<ul style="list-style-type: none"> • شما میتوانید از ما بخواهید که از استفاده یا انتشار برخی اطلاعات مربوط به درمان، پرداختها یا فعالیتهایمان خودداری کنیم. • ما ملزم به پذیرش درخواست شما نیستیم و اگر درخواست شما بر روی کیفیت مراقبت از شما تاثیرگذار باشد، ممکن است به آن "نه" بگوییم. 	<p>از ما بخواهید سوابق به اشتراک گذاشته را محدود کنیم.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • شما میتوانید فهرست (گزارش) نوبتهای انتشار اطلاعات پزشکی شما از 6 سال پیش تا تاریخ درخواست را از ما مطالبه کنید. • شما میتوانید فهرست (گزارش) اطلاعات منتشر شده، طرفهای گیرنده اطلاعات، زمان انتشار و دلیل آن را درخواست کنید. • ما همه اطلاعات مرتبط، به جز موارد مربوط به درمان، پرداخت و فعالیتهای درمانی و برخی اطلاعات دیگر (مانند اطلاعاتی که شما درخواست کرده اید) را پیوست خواهیم کرد). 	<p>دریافت فهرست افرادی که اطلاعات ما را دریافت میکنند</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در هر زمان میتوانید رونوشت کاغذی این اطلاعیه را درخواست کنید، حتی اگر با دریافت الکترونیکی آن موافقت کرده باشید. ما در مدتی مناسب رونوشت را به شما میدهیم. • همچنین میتوانید این رونوشت را در وبسایت ما www.caloptima.org مشاهده نمایید. 	<p>دریافت رونوشت این اطلاعیه حریم شخصی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اگر به فردی وکالت پزشکی داده باشید یا اگر نماینده قانونی داشته باشید، آن فرد میتواند از حقوق شما استفاده کند و درباره اطلاعات پزشکی شما تصمیم بگیرد. • ما پیش از هر اقدامی مطمئن خواهیم شد که آن فرد چنین اختیاری دارد و میتواند از طرف شما تصمیم بگیرد. 	<p>انتخاب نماینده</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در صورتی که فکر میکنید ما از حریم خصوصی شما محافظت نکرده ایم، میتوانید با استفاده از اطلاعات داده شده در این اعلامیه شکایت کنید. • ما در برابر شکایت شما مقابله به مثل نمیکنیم. 	<p>طرح شکایت در صورتی که حقوق شما نقض شود</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اگر کل صورتحساب خدمتی را شخصاً پرداخت کنید، میتوانید از پزشک خود بخواهید که اطلاعات آن خدمات را در اختیار ما قرار ندهد. اگر شما یا ارائه دهنده تان درخواستی تسلیم CalOptima Health کنید، ما الزامی برای پذیرش محدودیت شما نخواهیم داشت. اگر افشای اطلاعات بر اساس قانون الزامی باشد، CalOptima Health ملزم به پذیرش محدودیت شما نخواهد بود. 	<p>محدودیت خود- پرداخت</p>

اطلاعیه روش حفظ حریم شخصی

اگر ترجیح مشخصی درباره روش افشای اطلاعات خود در موقعیتهای زیر دارید، با ما تماس بگیرید.

اگر میخواهید اطلاعات شما به روش خاصی در موارد زیر، به اشتراک گذاشته شود با ما تماس بگیرید. اغلب به منظور اشتراک اطلاعات پزشکی محرمانه (PHI) شما در مواردی غیر از درمان، پرداخت هزینه و یا عملکرد سازمان، ما باید قبلاً از شما اجازه کتبی دریافت کنیم. اگر به ما اجازه بدهید، در هر زمان میتوانید آن را به صورت کتبی پس بگیرید. اطلاعاتی که با مجوز کتبی شما استفاده یا به اشتراک گذاشته شده، قابل بازیابی نیست ولی در آینده استفاده یا انتشار PHI شما را متوقف خواهیم کرد.

<ul style="list-style-type: none"> • به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما با خانواده، دوستان نزدیک، افراد دیگری که در پرداخت برای درمان دخیل هستند • به اشتراک گذاشتن اطلاعات در وضعیت امداد رسانی 	<p>در این موارد شما حق انتخاب دارید به ما بگویید که:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • گزارشهای روان درمانی: استفاده یا انتشار یادداشتهای روان درمانی، جز برای انجام دادن برخی امور درمان، پرداخت یا مراقبت، مستلزم کسب مجوز از شماست. • اهداف بازاریابی • فروش اطلاعات شما 	<p>این موارد، هرگز اطلاعات شما را منتشر نمیکنیم، مگر این که به ما مجوز کتبی داده باشید:</p>

استفاده های دیگر و به اشتراک گذاری مدارک

اطلاعات شما تنها به دلیلی در ارتباط با برنامه مدیکل یا مدیکرممکن است توسط CalOptima Health به اشتراک گذاشته شود. اطلاعاتی که مورد استفاده ما قرار گرفته یا مشارکت میشود شامل و نه محدود به موارد زیر میباشد: ممکن است اطلاعات شما را در اختیار ارائه دهندگانی که شما را درمان میکنند قرار دهیم. اطلاعاتی که ما استفاده و منتشر میکنیم، شامل و نه محدود به موارد زیر است:

- نام شما
- آدرس
- سابقه مراقبتهای شما
- هزینه یا پرداخت برای مراقبت

چندین مثال در مورد مواقعی که ما اطلاعات مراقبت درمانی شما را با ارائه دهندگان درمان به اشتراک میگذاریم:

<p><i>برای مثال: پزشک اطلاعات مربوط به تشخیص و برنامه درمانی شما را برای ما میفرستد تا بتوانیم خدمات بیشتری به شما ارائه کنیم. به منظور دریافت مراقبتهای مورد نیاز، ما این اطلاعات را در اختیار پزشکان، بیمارستان و دیگر ارائه دهندگان مراقبت قرار میدهم.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ما میتوانیم اطلاعات شما را در اختیار متخصصینی که شما را درمان میکنند قرار دهیم 	<p>کمک در مدیریت مراقبت درمانی که دریافت میکنید</p>
---	--	---

اطلاعیه روش حفظ حریم شخصی

<p>برای مثال: ما از اطلاعات درمانی شما استفاده می کنیم تا خدمات بهتری را برایتان ایجاد کنیم که ممکن است شامل بررسی کیفیت مراقبت و خدماتی باشد که دریافت می کنید. همچنین ممکن است از این اطلاعات در ممیزی ها و تحقیق در مورد تقلب استفاده کنیم.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ما میتوانیم اطلاعات شما را برای مدیریت سازمان خود استفاده و منتشر کنیم و در موارد ضروری با شما تماس بگیریم. • ما مجاز به استفاده از اطلاعات ژنتیکی شما برای تصمیم گیری درباره اعطای پوشش و تقبل هزینه نیستیم. 	<p style="text-align: center;">مدیریت سازمان ما</p>
<p>برای مثال: ما اطلاعات درمانی شما را با پزشکها، کلینیکها و مراکزی که صورتحساب مراقبتهای شما را برای ما میفرستند به اشتراک میگذاریم. ما ممکن است صورتحسابها را برای پرداخت به دیگر برنامه های بیمه درمانی یا سازمانها ارجاع دهیم.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ما میتوانیم از اطلاعات پزشکی شما تا زمانی که هزینه خدمات درمانی شما را میپردازیم، استفاده کرده و آن را به اشتراک بگذاریم. 	<p style="text-align: center;">پرداخت هزینه خدمات درمانی</p>
<p>برای مثال: DHCS برای ارائه برنامه بیمه درمانی با ما قرارداد دارد و ما برخی آمارها را به DHCS ارائه میکنیم.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ممکن است اطلاعات شما را با اداره خدمات بهداشت و درمان (DHCS) و یا مرکز خدمات میکرو مدیک اید (CMS) برای اداره برنامه درمانی به اشتراک بگذاریم. 	<p style="text-align: center;">مدیریت برنامه بیمه</p>

چه دلایل دیگری برای به اشتراک گذاری یا استفاده از اطلاعات درمانی شما وجود دارد؟

ما اجازه داریم که اطلاعات شما را به روشهای دیگری به اشتراک بگذاریم- معمولاً در راه کمک به عموم مردم، مثلاً بهداشت عمومی و تحقیقات. برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما در این موارد ما باید بسیاری از شرایط قانونی را رعایت کنیم.

<p>ما میتوانیم اطلاعات پزشکی شما را در شرایط خاصی منتشر کنیم؛ مثلاً:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پیشگیری از بروز بیماری • کمک رسانی به فرآیند فراخوانی محصول • گزارش کردن واکنشهای نامطلوب به داروها • گزارش کردن سوء استفاده، سهل انگاری یا خشونت خانگی • کاهش یا پیشگیری از تهدیدات جدی مربوط به سلامت یا ایمنی افراد 	<p style="text-align: center;">رفع مشکلات بهداشت و ایمنی عمومی</p>
<p>ما اطلاعات شما را در مواردی که ایالت یا دولت فدرال به آن احتیاج دارد و همچنین اگر وزارت بهداشت و خدمات انسانی نحوه مطابقت ما با مقررات محافظت از حریم خصوصی را بررسی مینمایند، در اختیار آنها قرار می دهیم.</p>	<p style="text-align: center;">رعایت قانون</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ما میتوانیم اطلاعات پزشکی شما را در اختیار سازمانهای تامین اعضا بدن/ ارگان قرار دهیم. • ما میتوانیم اطلاعات پزشکی را، پس از مرگ افراد، در اختیار پزشک قانونی، پزشک دادستانی یا مدیر مراسم کفن و دفن قرار دهیم. 	<p style="text-align: center;">واکنش به درخواست مراکز اهدای عضو و بافت، همکاری با معاینه پزشکی و مدیر مراسم تشییع</p>

اطلاعیه روش حفظ حریم شخصی

<p>ما میتوانیم از اطلاعات سلامتی شما در موارد زیر استفاده کرده یا آن را به اشتراک بگذاریم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای رسیدگی به درخواستهای دستمزد کارکنان • برای اجرای قانون یا همکاری با مسئولان مجری قانون • برای اجرای وظایف قانونی نهادهای نظارتی بهداشتی • برای اجرای وظایف دولتی خاص مانند خدمات نظامی، امنیت ملی و محافظت از رئیس جمهور 	<p>رسیدگی به درخواستهای دستمزد کارکنان، اجرای قانون و دیگر درخواستهای دولتی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ما اطلاعات درمانی شما را زمانی که دادگاه به ما دستور میدهد، در پاسخ به اضراریه یا طبق دستور اداری به اشتراک میگذاریم. 	<p>پاسخ به پرونده های حقوقی و اقدامات قانونی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • قوانین ویژه‌ای برای محافظت از برخی اطلاعات پزشکی مانند خدمات سلامت روانی، درمان اختلالات سوءمصرف مواد مخدر و آزمایش و درمان HIV/ایدز وجود دارد. ما از این قوانین که سختگیرتر از این اعلامیه هستند تبعیت میکنیم. • همچنین قوانین محدودکننده‌ای برای استفاده و مشارکت اطلاعات وجود دارند که مستقیماً مربوط به مدیریت برنامه های درمانی CalOptima Health هستند. 	<p>رعایت قوانین ویژه</p>

مسئولیت ما

- ما طبق قانون وظیفه داریم که محرمانگی اطلاعات خصوصی درمانی شما را حفظ کنیم.
- اگر تخلفی رخ دهد و احتمال به خطر افتادن محرمانگی یا امنیت اطلاعات شما وجود داشته باشد، موضوع را فوری به شما اطلاع میدهیم.
- ما باید وظایف و روالهای حفظ حریم شخصی مندرج در این اطلاعیه را رعایت کنیم و رونوشتی از این اطلاعیه را در اختیارتان بگذاریم.
- ما اطلاعات شما را جز بر اساس توضیحات مندرج در این محل مصرف و منتشر نمیکنیم، مگر این که شما به صورت کتبی به ما اجازه داده باشید. اگر به ما اجازه داده باشید، در هر زمان میتوانید آن را پس بگیرید. لطفاً تغییر تصمیم خود را به صورت کتبی به ما اعلام کنید.

تغییر در شرایط این اطلاعیه

حق تغییر دادن اطلاعیه حریم شخصی و روش حفظ امنیت PHI شما برای CalOptima Health محفوظ است. در صورتی که تغییری اعمال شود، ما فوراً به شما اطلاع میدهیم. ما اطلاعیه به روز شده را در وبسایت خود منتشر میکنیم.

اطلاعیه روش حفظ حریم شخصی

روش تماس گرفتن با ما برای استفاده از حقوقتان

برای استفاده از هر یک از حقوق محرمانگی ذکر شده در این اطلاعیه، با ما به نشانی زیر مکاتبه کنید:

Privacy Officer
CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
(TTY 711) 1-888-587-8088

یا با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره های زیر تماس بگیرید: **1-714-246-8500**
شماره رایگان: **(TTY 711) 1-888-587-8088**

در صورتی که فکر میکنید ما از حریم خصوصی شما محافظت نکرده ایم و میخواهید شکایت کنید، میتوانید شکایت خود را به CalOptima Health به آدرس و شماره تلفن ارائه شده در بالا تسلیم نمایید. یا می توانید با نهادهای زیر نیز تماس بگیرید:

California Department of Health Care Services

Privacy Officer
C/O: Office of HIPAA Compliance
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413
Email: privacyofficer@dhcs.ca.gov
Phone: 1-916-445-4646
Fax: 1-916-440-7680

U.S. Dept. of Health and Human Services

Office for Civil Rights
Regional Manager
Seventh St., Suite 4-100 90
San Francisco, CA 94103
Email: OCRComplaint@hhs.gov
Phone: 1-800-368-1019
Fax: 1-415-437-8329
TTY: 1-800-537-7697

از حقوق خود بدون هراس استفاده کنید

در صورتی که تصمیم به تسلیم شکایت نموده یا می خواهید از هر یک از حقوق حریم خصوصی مندرج در این اطلاعیه استفاده نمایید، CalOptima Health نمیتواند مزایای مراقبت درمانی شما را پس گرفته یا کاری در جهت آسیب رساندن به شما به هر شکلی انجام دهد.

این اطلاعیه همه برنامه های خدمات درمانی CalOptima Health را شامل میشود.

اطلاعیه روش حفظ حریم شخصی

Medicare Advantage تحت قرارداد با Medicare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan ، یک Medicare Medi-Cal Plan تحت قرارداد با OneCare. ثبت نام در OneCare به تجدید قرارداد بستگی دارد. از قوانین حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با بخش خدمات مشتریان OneCare به شماره رایگان **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. از ما در آدرس **www.caloptima.org/OneCare** بازدید کنید.

پیوست ها:

- لاورقی اعلامیه عدم تبعیض (شناسه مدرک: H5433_23MM003aTF_C)
- درج چند زبانه (شناسه مدرک: IR24_MM001_H5433_H7501)