



اطلاعیه روال‌های حفظ حریم خصوصی

این اطلاعیه روش به‌کارگیری و افشای اطلاعات پزشکی، دندان‌پزشکی و چشم‌پزشکی شما در زمینه رسیدگی به مزایای بهداشتی، و روش دسترسی شما به این اطلاعات را شرح می‌دهد. آن را به‌دقت مرور کنید.

اداره بهداشت ابتکار محلی کانتی لس‌آنجلس، نهاد عمومی فعال با نام L.A. Care Health Plan (L.A. Care) مزایا و پوشش خدمات درمانی شما را از طریق برنامه‌های ایالتی، فدرال و تجاری ارائه می‌کند. محافظت از اطلاعات پزشکی محافظت‌شده (Protected Health Information, PHI) برای ما مهم است. L.A. Care موظف است که این اطلاعات را درباره حقوق شما و برخی وظایف ما در زمینه حفظ امنیت PHI برای شما صادر کند. این اطلاعیه شامل اطلاعاتی از ایالت کالیفرنیا و اطلاعاتی از «قانون جابجایی‌پذیری و پاسخ‌گویی بیمه سلامت» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) می‌شود. این اطلاعیه نحوه استفاده و تبادل PHI را به آگاهی شما می‌رساند. حقوق شما نیز در این اطلاعیه ذکر شده است. ممکن است طبق قانون ایالتی حقوق بیشتر یا سختگیرانه‌تری در زمینه حریم خصوصی به شما تعلق بگیرد.

I. PHI شما «شخصی» و «محرمانه» است.

II. نحوه محافظت از PHI شما

L.A. Care خود را ملزم به محافظت از PHI شما می‌داند. ما PHI اعضای کنونی و سابق خود را، طبق قانون و استانداردهای اعتبارسنجی، محرمانه و ایمن نگه می‌داریم. ما از حفاظت‌های فیزیکی و الکترونیکی استفاده می‌کنیم و کارکنان ما مرتباً در زمینه به‌کارگیری و تبادل PHI آموزش می‌بینند. از روش‌های حفظ امنیت PHI می‌توان به تامین امنیت دفترها و قفل کردن میزها، و قفسه‌های بایگانی، محافظت از رایانه‌ها و دستگاه‌های الکترونیکی با گذرواژه، و دادن مجوز دسترسی به اطلاعات فقط به کارکنان دارای وظایف شغلی مرتبط، اشاره کرد. اگر قانون ایجاب کند، در روند همکاری ما با شرکای تجاری، این شرکا نیز باید از حریم خصوصی PHI در اختیار خود محافظت کنند و نباید، جز بر اساس الزامات قانونی و الزامات مندرج در این اطلاعیه، PHI را در اختیار دیگران قرار دهند. طبق قانون، ما موارد نشت PHI محافظت‌نشده شما را به آگاهی شما خواهیم رساند. ما از این اطلاعیه پیروی می‌کنیم و اطلاعات شما را، جز بر اساس این اطلاعیه یا قوانین ایالتی و فدرال، یا بر اساس مجوز خود شما، به کار نمی‌گیریم و مبادله نمی‌کنیم.

L.A. Care معمولاً PHI هویتی شما، مانند نام، اطلاعات تماس، اطلاعات شخصی و اطلاعات مالی شما را از منابع مختلف مانند نهادهای ایالتی، فدرال و محلی دریافت می‌کند. این اطلاعات پس از این که شما واجد شرایط برنامه L.A. Care شوید، به آن تخصیص داده شوید و/یا در آن ثبت‌نام کنید، دریافت می‌شود. ما همچنین PHI شما را که خودتان در اختیار ما قرار می‌دهید، دریافت می‌کنیم. ما همچنین PHI را از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی مانند پزشکان، درمانگاه‌ها، بیمارستان و دیگر شرکت‌های بیمه یا پرداخت‌کنندگان دریافت می‌کنیم. ما از این اطلاعات برای هماهنگ‌سازی، تایید، پرداخت هزینه و ارتقای کیفیت خدمات درمانی، و نیز ایجاد ارتباط با شما استفاده می‌کنیم. ما مجاز به استفاده از اطلاعات ژنتیکی شما برای تصمیم‌گیری درباره اعطای پوشش خدمات درمانی یا قیمت این پوشش نیستیم. گاهی اوقات ممکن است اطلاعات مربوط به نژاد، قومیت و زبان شما به دست ما برسد. ما از این اطلاعات برای کم‌رسانی به شما، برای ایجاد ارتباط با شما و شناسایی نیازهای شما، مثلاً با هدف ارائه مطالب آموزشی به زبان ترجیحی شما، و ارائه خدمات ترجمه رایگان استفاده می‌کنیم. ما این اطلاعات را طبق توضیحات این اطلاعیه مصرف و مبادله می‌کنیم. ما مجاز به استفاده از این اطلاعات برای تصمیم‌گیری درباره اعطای پوشش خدمات درمانی یا تعیین هزینه این پوشش نیستیم.

III. تغییرات این اطلاعیه روال‌های حفظ حریم خصوصی

L.A. Care باید الزامات اطلاعیه‌ای را که در حال حاضر از آن استفاده می‌کنیم، رعایت کند. ما حق داریم که این اطلاعیه روال‌های حفظ حریم خصوصی را تغییر دهیم. تغییرات احتمالی درباره همه PHI شما، شامل PHI دریافتی پیش از رخ دادن تغییرات، اعمال خواهد شد. ما تغییرات این اطلاعیه را از طریق خبرنامه، نامه یا وبسایت به اطلاع شما خواهیم رساند. همچنین می‌توانید نسخه اطلاعیه جدید را از ما درخواست کنید. روش تماس با ما در ادامه ذکر شده است.

IV. روش استفاده و تبادل PHI شما

L.A. Care طبق قانون PHI را برای درمان، پرداخت هزینه و ارائه خدمات درمانی مرتبط با برنامه‌ای که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، جمع‌آوری، مصرف یا مبادله می‌کند. PHI که ما مصرف و مبادله می‌کنیم، شامل (و نه محدود به) موارد زیر است:

- نام؛
- نشانی؛
- مراقبت و درمان ارائه‌شده؛
- پیشینه سلامت؛ و
- هزینه/پرداخت‌های مربوط به مراقبت.

روش‌های معمول مصرف و تبادل PHI:

ما PHI را معمولاً به روش‌های زیر مصرف و مبادله می‌کنیم:

- **درمان:** ما به ارائه خدمات درمانی نمی‌پردازیم، بلکه می‌توانیم از PHI استفاده کنیم و آن را با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و دیگر ارائه‌دهندگان مانند پزشکان، بیمارستان‌ها، تامین‌کنندگان اقلام پزشکی بادوام و غیره به اشتراک بگذاریم تا امکان ارائه مراقبت، درمان و دیگر خدمات و اطلاعات سودمند به شما، به اشتراک بگذاریم.
- **پرداخت:** ما می‌توانیم PHI را برای رسیدگی به درخواست‌های پرداخت و پرداخت هزینه خدمات درمانی ارائه‌شده به شما مصرف کنیم و با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، دیگر ارائه‌دهندگان، شرکت‌های بیمه و پرداخت‌کنندگان به اشتراک بگذاریم.
- **عملیات مراقبت بهداشتی:** ما می‌توانیم PHI را برای اداره سازمان خود و تماس گرفتن با شما، در صورت لزوم، مثلاً برای امور حسابرسی، ارتقای کیفیت، مدیریت مراقبت، هماهنگ‌سازی مراقبت و امور روزمره مصرف کنیم و به اشتراک بگذاریم. ما همچنین می‌توانیم PHI را با هدف مشارکت و اجرای برنامه‌ها مصرف کنیم و با برنامه‌های ایالتی، فدرال و شهرستانی به اشتراک بگذاریم.

مثال‌هایی از روش استفاده از PHI:

- ارائه اطلاعات به پزشکان یا بیمارستان‌ها برای تایید مزایا، سهم بیمار یا فرانشیز.
- تایید پیشاپیش مراقبت.
- پردازش و پرداخت مطالبات مربوط به خدمات مراقبت بهداشتی و درمان‌های ارائه‌شده به شما.
- ارائه PHI به پزشکان یا بیمارستان‌ها برای فراهم کردن امکان درمان.

- بازبینی کیفیت مراقبت و خدمات ارائه‌شده به شما.
- کمکرسانی به شما و ارائه اطلاعات و خدمات آموزشی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی، مثلاً در مورد بیماری‌هایی مانند دیابت.
- آگاه ساختن شما از خدمات و برنامه‌های تکمیلی که ممکن است برای شما جالب و/یا سودمند باشد؛ مانند کلاس‌های ورزشی در مرکز منابع خانواده L.A. Care.

- یادآوری ارزیابی‌های منظم سلامت، غربالگری‌ها یا معاینات دوره‌ای به شما.

- توسعه برنامه‌ها و ابتکارات بهسازی کیفیت، شامل ایجاد، مصرف یا تبادل داده‌های هویت‌زدایی‌شده بر اساس مجوز HIPAA.

- استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات، مستقیم یا غیرمستقیم، با تبادل اطلاعات، برای درمان، پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی.

- تحقیق و پیگیری دعوی، مانند کلامبرداری، اسراف یا سوءاستفاده.

V. دیگر روش‌های مصرف و تبادل PHI

ما مجاز یا ملزم به انتشار PHI به روش‌های دیگر نیز هستیم؛ روش‌هایی که معمولاً به نفع عموم مردم، بهداشت عمومی و تحقیقات است. ما ممکن است PHI شما را برای اهداف زیر نیز مصرف یا مبادله کنیم:

- رعایت قوانین ایالتی، فدرال یا محلی.
- رسیدگی به درخواست‌های مجری قانون، مانند پلیس، ارتش، یا اداره امنیت ملی، یا نهادها یا بندهای دولتی فدرال، ایالتی یا محلی، مانند هیات دستمزد کارگران، یا نهاد پایش سلامت برای فعالیت‌های مبتنی بر مجوز قانونی یا بر اساس حکم قضایی یا اداری.

- برای پاسخ‌گویی به درخواست «وزارت خدمات بهداشتی و انسانی»، اگر آنها بخواهند که از رعایت قانون حریم خصوصی فدرال مطمئن شوند.
- کمک‌رسانی به فرآیند فراخوانی محصول.
- گزارش کردن واکنش‌های نامطلوب به داروها.
- گزارش کردن موارد مشکوک سوءاستفاده، سهل‌انگاری یا خشونت خانگی، طبق الزامات یا بر اساس قانون.
- برای تحقیق درباره مراقبت‌های بهداشتی.
- رسیدگی به درخواست‌های اهدای عضو و بافت و همکاری با بازرس پزشکی یا مدیر بنگاه کفن و دفن.
- رسیدگی به شکایات، تحقیقات، دادرسی‌ها و دعاوی حقوقی.
- پیشگیری از تهدیدات مربوط به سلامت یا ایمنی افراد یا کاهش آثار این تهدیدات.

VI. ایجاد ارتباط با شما

ما ممکن است از PHI برای ایجاد ارتباط با شما یا نماینده شما درباره مزایا، خدمات، انتخاب ارائه‌دهنده خدمات درمانی، صدور صورتحساب و پرداخت وجه استفاده کنیم. L.A. Care در روند ایجاد ارتباط با شما از قوانین جاری، از جمله «قانون محافظت از مشتریان تلفنی» (Telephone Consumer Protection Act, TCPA) پیروی می‌کند. ما ممکن است از طریق نامه، خبرنامه، جزوه و راه‌های زیر با شما ارتباط برقرار کنیم:

- **تماس تلفنی.** اگر شماره تلفن خود -شامل شماره تلفن همراه- را در اختیار ما گذاشته باشید (یا سرپرست یا نماینده شما شماره تلفن خود را به ما داده باشد)، ما و وابستگان و پیمانکاران فرعی ما، یا نمایندگان ما، می‌توانند با سامانه شمارمگیری تلفنی خودکار یا صدای مصنوعی، طبق قوانین جاری، با شما تماس بگیریم/ بگیرند. اپراتور تلفن همراه شما ممکن است بابت دریافت تماس از شما هزینه مطالبه کند. برای کسب اطلاعات بیشتر با اپراتور تلفن همراه خود تماس بگیرید. اگر نمی‌خواهید به این روش با شما تماس گرفته شود، عدم تمایل خود را به تماس‌گیرنده اعلام کنید یا از ما بخواهید که نامتان را در «فهرست ممنوعیت تماس» ثبت کنیم.
- **ارسال پیامک.** اگر شماره تلفن همراه خود را در اختیار ما گذاشته باشید (یا سرپرست یا نماینده شما شماره تلفن خود را به ما داده باشد)، برای مقاصد خاص، مانند یادآوری، گزینه‌های درمانی، خدمات و یادآوری یا تایید پرداخت حق بیمه، ما و وابستگان و پیمانکاران فرعی و نمایندگان ما می‌توانند طبق قوانین جاری به شما پیامک بفرستند. اپراتور تلفن همراه شما ممکن است بابت دریافت پیامک از شما هزینه مطالبه کند. برای کسب اطلاعات بیشتر با اپراتور تلفن همراه خود تماس بگیرید. اگر در هر زمان دیگر مایل به دریافت پیامک نباشید، می‌توانید از دستورالعمل لغو اشتراک که در پیام درج می‌شود، پیروی کنید یا با فرستادن واژه (را متوقف کنید) "STOP" در پاسخ به پیامک، روند ارسال پیامک را متوقف کنید.

- **ایمیل.** اگر نشانی ایمیل خود را در اختیار ما گذاشته باشید (یا سرپرست یا نماینده شما نشانی ایمیل خود را به ما داده باشد)، برای برخی اهداف محدود، مانند ارسال مطالب مربوط به ثبت‌نام یا مطالب ویژه اعضا، ارائه‌دهندگان و آموزش، یا یادآوری یا تایید پرداخت، مشروط به موافقت شما با دریافت الکترونیکی این پیام‌ها، به شما ایمیل می‌فرستیم. ارائه‌دهنده خدمات اینترنت یا ایمیل یا تلفن همراه ممکن است بابت دریافت ایمیل از شما هزینه مطالبه کند. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه‌دهنده خدمات اینترنت یا ایمیل یا تلفن همراه تماس بگیرید. شما اعلام می‌کنید و می‌پذیرید که اگر از نشانی ایمیل و/یا رایانه رمزگذاری‌نشده استفاده کنید، یا از طریق دستگاه همراه به ایمیل خود دسترسی پیدا کنید، یا ایمیل، رایانه یا تلفن همراه خود را به اشتراک بگذارید، این احتمال وجود خواهد داشت که PHI شما در اختیار اشخاص متفرقه قرار بگیرد. بدین ترتیب شما از مصونیت‌های قانونی مرتبط محروم خواهید شد. اگر در هر زمان دیگر مایل به دریافت ایمیل نباشید، می‌توانید از دستورالعمل (لغو اشتراک) «Unsubscribe» که در پایین پیام درج می‌شود، پیروی کنید تا روند ارسال ایمیل متوقف شود.

VII. مجوز کتبی

اگر بخواهیم از PHI برای مقاصد غیر از موارد مندرج در این اطلاعیه استفاده کنیم، باید ابتدا از شما مجوز کتبی بگیریم. مثلاً، به‌کارگیری یا تبادل PHI برای امور بازاریابی یا فروش با مجوز کتبی شما. اگر بخواهیم از یادداشت‌های روان‌درمانی شما استفاده کنیم، به مجوز شما نیاز خواهیم داشت. اگر به ما مجوز بدهید، در هر زمان می‌توانید آن را به صورت کتبی باطل کنید. پس از رسیدگی به درخواست شما، دیگر PHI شما را برای آن هدف مصرف یا مبادله نخواهیم کرد. ولی، اگر قبلاً PHI شما را با مجوز شما مصرف یا مبادله کرده باشیم، دیگر نمی‌توانیم تأثیر اقدامات انجام‌گرفته پیش از لغو مجوز را خنثی کنیم.

VIII. حقوق شما

شما از حقوق خاصی درباره PHI خود و روش مصرف یا تبادل آن برخوردارید. شما حق دارید که:

- **رونوشت پرونده سلامت و مطالبات خود را دریافت کنید.** شما می‌توانید خواستار مشاهده یا دریافت رونوشت PHI خود شوید. ما رونوشت یا خلاصه پرونده‌های پزشکی و مطالبات شما را در اختیارتان قرار می‌دهیم. برخی اطلاعات و پرونده‌ها را طبق قانون نمی‌توانیم افشا کنیم. همچنین برخی اطلاعات را نمی‌توانیم به اشکال یا قالب‌ها معین یا از طریق رسانه‌های خاص ارائه کنیم. بابت ارائه و ارسال رونوشت PHI ممکن است از شما کارمزد بگیریم.

L.A. Care رونوشت کامل پرونده پزشکی شما را نگه نمی‌دارد. اگر خواستار مشاهده یا دریافت رونوشت پرونده پزشکی یا رفع اشکالات آن هستید، با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود تماس بگیرید.

از حقوق شما استفاده کند و درباره PHI شما تصمیم بگیرد. ممکن است از شما یا نماینده شما بخواهیم که برخی اطلاعات و مستندات، مانند رونوشت حکم قضایی مربوط به سرپرستی، را به ما ارائه کنید/کند. شما یا سرپرست شما باید یک اجازه‌نامه کتبی پر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه با شماره تلفن زیر تماس بگیرید.

برای آشنا شدن با روش ارائه این درخواست، با شماره مندرج روی کارت شناسایی تماس بگیرید یا با ما مکاتبه کنید. شما باید درخواست خود را کتباً ارائه کنید و اطلاعات معینی را در آن ذکر کنید. ما فرم(ها) را برایتان می‌فرستیم.

IX. شکایات

اگر فکر می‌کنید که ما از PHI شما محافظت نکرده‌ایم، می‌توانید از طریق مکاتبه با نهادهای زیر از ما شکایت کنید:

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

همچنین می‌توانید با نشانی زیر تماس بگیرید:

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
تلفن: **1.800.638.1019**
نمابر: **1.415.437.8329**
TTY/TDD: **1.800.537.7697**
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

اعضای **Medi-Cal** می‌توانند با مرجع زیر تماس بگیرند:
California Department of Managed Health Care
Office of HIPAA Compliance
Privacy Officer
1501 Capitol Avenue, MS0010
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
www.dhcs.ca.gov

• از ما بخواهید که پرونده‌های سلامت و مطالبات شما را اصلاح کنیم. اگر فکر می‌کنید که اشتباهی در PHI شما وجود دارد، می‌توانید از ما بخواهید که آن را برطرف کنیم. برخی اطلاعات، مانند تشخیص پزشکی، را نمی‌توان تغییر داد که اینها را کتباً به اطلاع شما می‌رسانیم. اگر شخص دیگری، مثلاً پزشکتان، اطلاعات نادرستی در اختیار ما گذاشته باشد، موضوع را به شما اطلاع می‌دهیم تا بتوانید از وی بخواهید که آن را اصلاح کند.

• از ما بخواهید که محرمانه با شما ارتباط برقرار کنیم. شما می‌توانید نوع خاصی از تماس (مثلاً از طریق تلفن منزل یا محل کار) یا ارسال نامه به نشانی متفاوتی را خواستار شوید. البته چنین نیست که همه درخواست‌ها پذیرفته شود، ولی اگر به ما بگویید که پذیرفته نشدن درخواست‌تان ممکن است جان شما را به خطر بیندازد، ممکن است درخواست معقول شما را بپذیریم.

• از ما بخواهید که اطلاعات در حال استفاده یا در حال تبادل را محدود کنیم. می‌توانید از ما بخواهید که از استفاده یا انتشار برخی اطلاعات مربوط به درمان، پرداخت‌ها یا فعالیت‌های خودداری کنیم. طبق قانون، ما ملزم به پذیرش درخواست شما نیستیم، و اگر درخواست شما بر روند درمان، پرداخت مطالبات، فعالیت‌های اساسی، سازگاری با قوانین، مقررات یا نهادهای دولتی، یا رسیدگی به درخواست نهادهای مجریان قانون یا اجرای احکام قضایی یا اداری تأثیر منفی بگذارد، ممکن است درخواست شما را «نپذیریم».

• فهرست افراد گیرنده PHI خود را دریافت کنید. شما می‌توانید فهرست (گزارش) نوبت‌های انتشار اطلاعات پزشکی خود، افراد گیرنده آن و شرح مختصری از دلیل انتشار، را از ما مطالبه کنید. ما فهرست مربوط به دوره درخواستی را به شما ارائه می‌کنیم. طبق قانون، ما باید فهرست مربوط به بازه شش (6) سال پیش تا تاریخ درخواست کتبی، را به شما ارائه کنیم. ما همه موارد انتشار، به جز موارد مربوط به درمان، پرداخت و فعالیت‌های درمانی و برخی موارد انتشار دیگر، مثلاً اطلاعات ارائه‌شده به خودتان یا اطلاعات فاش‌شده با مجوز خودتان، را پیوست خواهیم کرد. ما هر سال یک گزارش رایگان ارائه می‌کنیم، ولی بابت رسیدگی به درخواست‌های دیگر ممکن است از شما کارمزد مطالبه کنیم.

• رونوشت این اطلاعیه حریم خصوصی را دریافت کنید. رونوشت کاغذی این اطلاعیه را می‌توانید از طریق تماس با ما درخواست کنید.

• یک نماینده برای خود انتخاب کنید. اگر به فردی وکالت پزشکی داده باشید یا اگر سرپرست قانونی داشته باشید، آن فرد می‌تواند

X. بدون نگرانی از حقوق خود استفاده کنید
L.A. Care نمی‌تواند علیه کسانی که از حقوق حریم خصوصی
مندرج در این اطلاعیه استفاده می‌کنند یا طرح شکایت می‌کنند، اقدامی
انجام دهد.

XI. تاریخ اجرا
تاریخ اجرای اولیه این اطلاعیه 14 آوریل 2003 است. این اطلاعیه
آخرین بار در 1 اکتبر 2019 اصلاح شد.

XII. تماس گرفتن با ما، مطرح کردن پرسش، دریافت این
اطلاعیه به زبان یا قالب دیگر:
اگر درباره این اطلاعیه پرسشی دارید، یا در زمینه استفاده از حقوق
خود به راهنمایی نیاز دارید، یا می‌خواهید این اطلاعیه را به دیگر
زبان‌های اصلی (عربی، ارمنی، چینی، فارسی، خمر، کره‌ای، روسی،
اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی) یا در قالب چاپ درشت، صوتی یا
دیگر قالب‌های جایگزین (بنا به درخواست) به صورت رایگان دریافت
کنید، با ما تماس بگیرید یا به نشانی زیر با ما مکاتبه کنید:

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

یا

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