



L.A. Care
H E A L T H P L A N ®

إشعار ممارسات الخصوصية



تاريخ السريان: 15 يوليو 2025 معلوماتك. وحقوقك. ومسؤولياتنا.

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام معلوماتك الطبية ومعلومات رعاية الأسنان وحاسة البصر، فيما يتعلق بمزاياك الصحية، وكيف يتم الإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. **يُرجى مراجعته بعناية.**

توفر هيئة الصحة للمبادرة المحلية لمقاطعة لوس أنجلوس، وهي كيان عام يعمل ويدير أعمالاً تجارية باسم L.A. Care Health Plan (L.A. Care)، مزايا الرعاية الصحية والتغطية الخاصة بك من خلال برامج تابعة للولاية وبرامج فيدرالية وتجارية. إن حماية معلوماتك الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) أمر مهم بالنسبة لنا. يجب أن تعطيك L.A. Care هذا الإشعار بخصوص حقوقك وبعض المسؤوليات التي نتحملها للحفاظ على معلومات PHI الخاصة بك آمنة، بما في ذلك ممارسات الخصوصية لدينا حسبما تقتضي قوانين كاليفورنيا وقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) لعام 1996. يوضح لك هذا الإشعار كيف يمكننا استخدام معلومات PHI الخاصة بك ومشاركتها. ويوضح لك حقوقك أيضاً. قد تكون لديك حقوق خصوصية إضافية أو أكثر صرامة بموجب قانون الولاية.

أ. معلومات PHI الخاصة بك شخصية وسرية.

تتلقى خطة LA Care معلومات PHI الخاصة بك التي تحدد هويتك، مثل اسمك ومعلومات الاتصال والحقائق الشخصية والمعلومات المالية، من عدة مصادر مثل الوكالات التابعة للولاية والوكالات الفيدرالية والمحلية بعدما تصبح مؤهلاً و/أو معيناً و/أو مشتركاً في برنامج L.A. Care. ونتلقى معلومات PHI عنك تقدمها أنت إلينا أيضاً. بالإضافة إلى ذلك، نتلقى معلومات PHI من موفري الرعاية الصحية مثل الأطباء والعيادات والمستشفيات والمختبرات وغيرها من شركات التأمين أو جهات الدفع. نستخدم هذه المعلومات لتنسيق رعايتك الصحية واعتمادها ودفع تكاليفها وتحسينها وللتواصل معك. لا يمكننا استخدام معلوماتك الجينية لتحديد ما إذا كنا سنعطيك تغطية رعاية صحية أو تكلفة تلك التغطية. في بعض الأحيان، قد نتلقى معلومات عنك تتعلق بالعرق والإثنية واللغة. يمكننا استخدام هذه المعلومات لمساعدتك والتواصل معك وتحديد احتياجاتك، مثل تزويدك بالمواد التعليمية باللغة التي تفضلها، وتقديم خدمات الترجمة الفورية دون أي تكلفة عليك. إننا نستخدم هذه المعلومات ونشاركها على النحو الوارد في هذا الإشعار. لا نستخدم هذه المعلومات لتحديد ما إذا كنا سنقدم إليك تغطية الرعاية الصحية أو تكاليف هذه التغطية.

II. كيف نحمي معلومات PHI الخاصة بك

يُلزِمنا القانون بالحفاظ على خصوصية معلومات PHI وأمنها. إننا ملتزمون بحماية معلومات PHI الخاصة بك والحفاظ على خصوصية وأمن معلومات PHI المتعلقة بالأعضاء الحاليين والسابقين حسبما يقتضي القانون ومعايير الاعتماد. نستخدم تدابير الحماية المادية والتقنية والإدارية لضمان خصوصية معلومات PHI، ويتدرب موظفونا بانتظام على استخدام معلومات PHI ومشاركتها. تتضمن بعض الطرق التي نتبعها في الحفاظ على أمن معلومات PHI تأمين المكاتب وقفل أدراج المكاتب وخزائن الملفات، وحماية أجهزة الكمبيوتر والأجهزة الإلكترونية بكلمات مرور، وعدم إتاحة إمكانية الوصول إلا للمعلومات التي يحتاج إليها الموظف لأداء وظيفته. وحيثما يقتضي القانون، عندما يعمل معنا شركاء الأعمال، يجب عليهم أيضاً حماية خصوصية أي معلومات PHI نشاركها معهم ولا يُسمح لهم بإعطاء معلومات PHI إلى الآخرين باستثناء ما يسمح به القانون وهذا الإشعار. وحسبما يقتضي القانون، سنبلغك إذا حدث انتهاك لمعلومات PHI الخاصة بك غير المؤمّنة. سنتبع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار ونقدم إليك نسخة منه. لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها إلا على النحو الموضح في هذا الإشعار، أو بما يتوافق مع قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية، أو وفقاً لإذن كتابي منك.

III. التغييرات في إشعار ممارسات الخصوصية هذا

ستلتزم L.A. Care بالإشعار الذي نستخدمه حالياً. لدينا الحق في تغيير إشعار ممارسات الخصوصية هذا في أي وقت. ستطبق أي تغييرات على جميع معلومات PHI الخاصة بك، بما في ذلك معلومات PHI التي تلقيناها قبل إجراء التغييرات. سنخبرك عندما نجري تغييرات على هذا الإشعار من خلال رسالة إخبارية أو خطاب أو عبر موقعنا الإلكتروني. يمكنك أيضاً أن تطلب منا نسخة من الإشعار الجديد، يُرجى الاطلاع أدناه على كيفية التواصل معنا.

١٧. كيف يمكننا استخدام معلومات PHI عنك ومشاركتها

تجمع خطة L.A. Care معلومات PHI المقدمة إلينا أو تستخدمها أو تشاركها على النحو الذي يسمح به القانون للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية المرتبطة بالبرنامج الذي اشتركت فيه. تتضمن معلومات PHI التي نستخدمها ونشاركها ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

- الاسم،
- والعنوان،
- وتاريخ الميلاد،
- وخدمات الرعاية والعلاج المتلقاة،
- والسجل الصحي،
- وتكلفة/مدفوعات الرعاية،
- والعرق/الإثنية،
- واللغة،
- والجنس المعين عند الولادة،
- والهوية الجنسية،
- والتوجه الجنسي،
- والضمان.

الطرق المعتادة التي نستخدم بها معلومات PHI ونشاركها:

يمكننا بشكل عام استخدام معلومات PHI ومشاركتها بالطرق التالية دون تصريح منك:

- **العلاج:** إننا لا نقدم العلاج، ولكن يمكننا استخدام معلومات PHI ومشاركتها مع موفري الرعاية الصحية والخدمات الأخرى مثل الأطباء والمستشفيات وموردي المعدات الطبية المُعمَّرة وغيرهم لتقديم الرعاية والعلاج والخدمات الأخرى إليك، وتزويدك بالمعلومات لمساعدتك.
- **الدفع:** يمكننا استخدام معلومات PHI ومشاركتها مع موفري الرعاية الصحية ومقدمي الخدمات وغيرهم من شركات التأمين وجهات الدفع لمعالجة طلبات المدفوعات ودفع تكاليف الخدمات الصحية المقدمة إليك.
- **عمليات الرعاية الصحية:** يمكننا استخدام معلومات PHI ومشاركتها لتشغيل مؤسساتنا والتواصل معك عند الضرورة، على سبيل المثال لإجراء عمليات التدقيق وتحسين الجودة وإدارة الرعاية وتنسيقها والقيام بالوظائف اليومية. يمكننا أيضًا استخدام معلومات PHI ومشاركتها مع برامج الولاية والمقاطعة والبرامج الفيدرالية فيما يتعلق بالمشاركة وإدارة البرنامج.
- **الطرق الأخرى التي نستخدم بها معلومات PHI:**
 - إعطاء المعلومات إلى طبيب أو مستشفى لتأكيد المزايا التي تتلقاها أو حصة المشاركة في الدفع أو المبلغ المستقطع الذي تدفعه.
 - اعتماد الرعاية مقدمًا،

- معالجة مطالبات خدمات الرعاية الصحية والعلاج الذي تتلقاه وسداد هذه المطالبات.
- إعطاء معلومات PHI الخاصة بك إلى طبيبك أو المستشفى حتى يمكنهم علاجك.
- مراجعة جودة الرعاية والخدمات التي تتلقاها.
- مساعدتك وتزويدك بالمعلومات التثقيفية ومعلومات تحسين الصحة والخدمات (مثل المعلومات المتعلقة بحالات كمرض السكري).
- إبلاغك بالخدمات والبرامج الإضافية التي قد تهتمك و/أو تساعدك (مثل دورة تدريبية عن اللياقة البدنية في أحد مراكز موارد الأسرة التابعة لخدمة (L.A. Care).
- تذكيرك بإجراء التقييمات الصحية أو الفحوصات أو الاختبارات المنتظمة.
- تطوير برامج ومبادرات تحسين الجودة، بما في ذلك إنشاء البيانات مجهولة الهوية أو استخدامها أو مشاركتها على النحو الذي يسمح به قانون HIPAA.
- استخدام المعلومات ومشاركتها، بشكل مباشر أو غير مباشر، مع مؤسسات تبادل المعلومات الصحية من أجل العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية.
- التحقيق والملاحقة القضائية، مثلما في حالة الاحتيال أو التبيد أو إساءة الاستخدام.

٧. الطرق الأخرى التي يمكننا من خلالها استخدام معلومات PHI ومشاركتها

يُسمح لنا أو يتعين علينا مشاركة معلومات PHI الخاصة بك بطرق أخرى دون تصريح منك للمساهمة عادةً في المصلحة العامة، مثل الصحة العامة والأبحاث. يمكننا استخدام معلومات PHI الخاصة بك أو مشاركتها للأغراض الإضافية التالية وفقاً للقوانين المعمول بها وحسبما تسمح به هذه القوانين:

- الامتثال لقوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية أو المحلية.
- الامتثال لطلب من إحدى وكالات إنفاذ القانون، مثل الشرطة أو الجيش أو وكالة الأمن القومي، أو وكالة أو هيئة حكومية محلية أو فيدرالية أو تابعة للولاية، مثل مجلس تعويض العمال أو وكالة رقابة صحية لأنشطة يصرح بها القانون وأمر من المحكمة أو أمر إداري،
- الرد على وزارة الصحة والخدمات البشرية إذا كانت تريد أن نعرف أننا نمتثل لقانون الخصوصية الفيدرالي.
- المساعدة في عمليات سحب المنتج.

- الإبلاغ عن التفاعلات الضارة تجاه الأدوية.
- الإبلاغ عن الحوادث المشتبه بها من إساءة المعاملة أو الإهمال أو العنف الأسري، حسبما يقتضيه القانون أو يسمح به.
- في أبحاث الرعاية الصحية.
- الرد على طلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة، والعمل مع طبيب شرعي أو متعهد دفن الموتى.
- فيما يتعلق بالشكاوى والتحقيقات والدعاوى القضائية والإجراءات القانونية.
- منع تهديد خطير لصحة أي شخص أو سلامته أو تخفيف هذا التهديد.

VI. التواصل معك

يمكننا استخدام معلومات PHI للتواصل معك أو المنوب عنك بشأن المزايا والخدمات واختيار موثر 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 الخطابات والرسائل الإخبارية والنشرات، وعلى النحو التالي:

- **المكالمات الهاتفية.** إذا قدمت إلينا رقم هاتفك (بما في ذلك ما إذا قدم لنا الوصي أو المنوب عنك رقم هاتفه)، بما يشمل رقم هاتفك الخليوي، يجوز لنا الاتصال بك، بما في ذلك شركاتنا التابعة والمقاولون من الباطن لدينا نيابةً عنا، بطرق تشمل استخدام نظام اتصال هاتفي تلقائي /أو صوت اصطناعي وفقًا للقوانين المعمول بها. قد تفرض عليك شركة الهاتف الخليوي المحمول التي تتعامل معها رسومًا مقابل تلقي المكالمات، لذا يُرجى التواصل مع شركة هاتفك الخليوي لمعرفة هذه المعلومات. إذا كنت لا تريد التواصل معك بهذه الطريقة، يُرجى إبلاغ المتصل أو التواصل معنا لوضعك في قائمة عدم الاتصال الخاصة بنا.
- **إرسال رسائل نصية إليك.** إذا قدمت إلينا رقم هاتفك الخليوي (بما في ذلك ما إذا قدم لنا الوصي أو المنوب عنك رقم هاتفه)، يجوز لنا إرسال رسائل نصية إليك، بما في ذلك من قبل شركاتنا التابعة والمقاولين من الباطن لدينا نيابةً عنا، لأغراض معينة تشمل التذكيرات وخيارات العلاج والخدمات وتذكيرات أو تأكيدات دفع قسط التأمين، وذلك وفقًا للقوانين المعمول بها. قد تفرض عليك شركة الهاتف الخليوي المحمول التي تتعامل معها رسومًا مقابل تلقي الرسائل النصية. يُرجى التواصل مع شركة هاتفك الخليوي لمعرفة هذه المعلومات. وإذا كنت لا تريد تلقي الرسائل النصية في أي وقت، يُرجى اتباع معلومات إلغاء الاشتراك المذكورة في الرسالة أو الرد بكلمة "STOP" (إيقاف) لإيقاف تلقي هذه الرسائل.

- **رسائل البريد الإلكتروني.** إذا كنت قد أعطيتنا عنوان بريدك الإلكتروني (بما في ذلك ما إذا قدم لنا الوصي أو المنوب عنك عنوان بريدك الإلكتروني)، يجوز لنا مراسلتك عبر البريد الإلكتروني لبعض الأغراض المحدودة (مثل إرسال معلومات بشأن التسجيل والعضوية وموفر الرعاية ومواد تعليمية، أو تذكيرات أو تأكيدات بالمدفوعات)، إذا وافقت على تلقي هذه الرسائل إلكترونياً. قد تكون هناك رسوم يفرضها موفر خدمة الإنترنت أو البريد الإلكتروني أو خدمة الهاتف الخليوي المحمول على تلقي رسائل البريد الإلكتروني، لذا يُرجى التواصل مع موفر خدمة الإنترنت أو البريد الإلكتروني أو الهاتف الخليوي المحمول لمعرفة هذه المعلومات. 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 خلوياً محمولاً، فهناك خطر يتمثل في إمكانية قراءة معلومات PHI الخاصة بك من جانب طرف ثالث، وأنت تقبل مخاطر ذلك وتتنازل عن أي تدابير حماية قد تتمتع بها بموجب أي قوانين. إذا كنت لا تريد تلقي رسائل البريد الإلكتروني في أي وقت، يُرجى اتباع تعليمات "Unsubscribe" (إلغاء الاشتراك) أسفل الرسالة لإيقاف تلقي مراسلات البريد الإلكتروني.

٧. الإذن الكتابي

إذا أردنا استخدام معلومات PHI خاصتك أو مشاركتها لأي غرض غير منصوص عليه في هذا الإشعار، فسنحصل على إذن كتابي منك. على سبيل المثال، استخدام معلومات 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 إذنك، يمكنك إلغاؤه في أي وقت كتابياً ولن نستخدم معلومات PHI الخاصة بك أو نشاركها لهذا الغرض بعد تاريخ معالجة طلبك. ولكن إذا كنا قد استخدمنا معلومات PHI الخاصة بك أو شاركناها بالفعل بإذن منك، فقد لا نستطيع التراجع عن أي إجراء حدث قبل إلغاء إذنك.

٨. حقوقك

لديك حقوق معينة تتعلق بمعلومات PHI وكيف يمكن استخدامها أو مشاركتها. لديك الحق فيما يلي:

- **الحصول على نسخة من السجلات الصحية وسجلات المطالبات.** يمكنك أن تطلب الاطلاع على سجلاتك الصحية وسجلات المطالبات أو الحصول على نسخة منها. سنقدم نسخة أو ملخصاً لسجلاتك الصحية وسجلات المطالبات. قد تكون هناك بعض المعلومات والسجلات التي لا يمكننا الإفصاح عنها حسبما يسمح به القانون، أو قد لا نتمكن من تقديم معلومات معينة في بعض الأشكال أو التنسيقات أو الوسائط. يمكننا فرض رسوم معقولة مقابل نسخ معلومات PHI الخاصة بك وإرسالها إليك عبر البريد. ومع ذلك، يُرجى الملاحظة أن L.A. Care لا تحتفظ بنسخة كاملة من سجلاتك الطبية، لذا يُرجى التواصل مع موفر رعايتك الصحية إذا كنت تريد الاطلاع على سجلاتك الطبية أو الحصول على نسخة منها أو تغيير خطأ فيها.

- **طلب تصحيح سجلاتك الصحية وسجلات المطالبات.** إذا كنت تعتقد أن هناك خطأ في معلومات PHI، يمكنك أن تطلب منا تصحيحه. يمكن أن تكون هناك بعض المعلومات التي قد لا نستطيع تغييرها (مثل تشخيص الطبيب)، وسنخبرك بذلك كتابيًا. إذا أعطانا شخص آخر المعلومات (مثل طبيبك)، فسنبلغك بذلك حتى يمكنك أن تطلب منه تصحيحها. نظرًا لأن L.A. Care لا تحتفظ بنسخة كاملة من سجلاتك الطبية، يُرجى التواصل مع موفر رعايتك الصحية إذا كنت تريد تغيير خطأ في سجلاتك الطبية.
 - **طلب التواصل معك بسرية.** يمكنك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة محددة (مثل هاتف المنزل أو المكتب) أو إرسال البريد إلى عنوان مختلف. قد لا تتم الموافقة على جميع الطلبات، لكننا سنوافق على الطلبات المعقولة.
 - **طلب تحديد ما نستخدمه أو نشاركه.** يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام معلومات صحية معينة أو مشاركتها لأجل العلاج أو الدفع أو إجراء عملياتنا. بموجب القانون، لا يتعين علينا الموافقة على طلبك ويجوز لنا الرفض إذا كان ذلك يؤثر في رعايتك أو دفع المطالبات أو العمليات الرئيسية أو عدم الامتثال للقواعد أو اللوائح أو طلبات وكالة حكومية أو طلبات إنفاذ القانون أو أمر محكمة أو أمر إداري.
 - **الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا معنا معلومات PHI الخاصة بك.** يمكنك أن تطلب منا قائمة (بيان) بالمرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية والجهات التي شاركناها معها ووصفًا موجزًا للسبب. سنقدم إليك القائمة الخاصة بالفترة التي تطلبها. بموجب القانون، سنقدم القائمة لمدة أقصاها ستة (6) أعوام قبل تاريخ طلبك الكتابي. سنقوم بتضمين جميع عمليات الإفصاح، باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية وبعض عمليات الإفصاح الأخرى مثل المرات التي شاركنا فيها المعلومات معك أو بإذن منك. سنقدم بيانًا واحدًا في العام مجانًا، لكننا يمكن أن نفرض رسومًا معقولة مقابل أي طلبات إضافية.
 - **الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا.** يمكنك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار عند الاتصال بنا.
 - **اختيار شخص للتصرف نيابة عنك.** إذا أعطيت شخصًا توكيلًا طبيًا أو إذا كان هناك شخص ما هو الوصي القانوني عليك، يمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ القرارات بشأن معلومات PHI الخاصة بك. قد نطلب منك أو المنوب عنك تزويدنا ببعض المعلومات والمستندات (مثل نسخة من أمر المحكمة بمنح الوصاية). سيتعين عليك أو على الوصي ملء تصريح كتابي، ويُرجى الاتصال بنا على الرقم المذكور أدناه لمعرفة كيفية إجراء ذلك.
- يمكنك ممارسة الحقوق المنصوص عليها سابقًا من خلال التواصل مع L.A. Care على النحو الموضح أدناه.

IX. الخدمات الحساسة

العضو الذي قد يوافق على تلقي الخدمات الحساسة لا يُطلب منه الحصول على أي تصريح آخر من العضو لتلقي الخدمات الحساسة أو إرسال مطالبة بشأن الخدمات الحساسة. تعني "الخدمات الحساسة" تلك الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية والصحة الجنسية والإنجابية والأمراض المنقولة جنسيًا واضطرابات تعاطي المواد ورعاية تأكيد النوع والرعاية المتعلقة بعنف الشريك الحميم للأعضاء البالغين من العمر 12 عامًا فأكبر. ستوجه L.A. Care المراسلات المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى العنوان البريدي أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف البديل الذي يحدده العضو، أو باسم العضو إلى العنوان أو رقم الهاتف الموجود في الملف في حالة عدم تعيين خيارات محددة. يجب على L.A. Care عدم الإفصاح عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى أي عضو آخر دون تصريح كتابي صريح من العضو الذي يتلقى الرعاية. سوف تلبى L.A. Care طلبات سرية التواصل بالشكل والصيغة المطلوبين، في حال توفرها بسهولة بالشكل والصيغة المطلوبين، أو في أماكن بديلة. إن طلب العضو لسرية التواصل بشأن الخدمات الحساسة سيظل ساريًا حتى يلغي العضو طلبه أو يقدم طلبًا جديدًا للمراسلات السرية.

يُرجى الاتصال بنا على الرقم الموجود في بطاقة معرف عضويتك، أو مراسلتنا لمعرفة كيفية طلب أيّ مما ورد أعلاه. سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا، وإبلاغنا ببعض المعلومات. يمكننا أن نرسل إليك النموذج (النماذج).

X. خصوصية الرعاية الصحية الإنجابية

يحظر علينا استخدام معلومات PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها لإجراء تحقيق جنائي أو مدني أو إداري، أو فرض مسؤولية جنائية أو مدنية أو إدارية عليك بسبب طلب إجراءات الرعاية الصحية الإنجابية القانونية أو الحصول عليها أو تقديمها أو تسهيلها. يحظر علينا أيضًا تحديد هويتك لهذه الأغراض. على سبيل المثال، لا يمكننا الإفصاح عن معلومات PHI الخاصة بك، بما في ذلك اسمك، لتسهيل إجراء تحقيق جنائي ضدك بسبب الحصول قانونًا على وسائل منع الحمل أو أدوية الإجهاض بوصفة طبية.

لا يجوز لنا استخدام معلومات PHI الخاصة بك فيما يتعلق بالرعاية الصحية الإنجابية أو الإفصاح عنها لأغراض أنشطة الرقابة الصحية أو الإجراءات القضائية والإدارية أو أغراض إنفاذ القانون أو أنشطة محققى الوفيات والأطباء الشرعيين دون اتخاذ خطوات معقولة للحصول على شهادة من مقدم الطلب أن هذا الطلب قانوني. على سبيل المثال، لا يجوز لنا الإفصاح عن معلومات PHI لجهات إنفاذ القانون بشأن حالة إجهاض تمت قانونًا دون اتخاذ خطوات معقولة للحصول على شهادة بأن جهة إنفاذ القانون لن تستخدم معلومات PHI الخاصة بك في أغراض محظورة.

يجوز لنا استخدام معلومات PHI المتضمنة معلومات الصحة الإنجابية أو الإفصاح عنها لأغراض أخرى يسمح بها قانون HIPAA، في حالة عدم تقديم طلب استخدام معلومات PHI أو الإفصاح عنها لإجراء تحقيق أو فرض مسؤولية على أي شخص بسبب سعيه للرعاية الصحية الإنجابية أو حصوله عليها أو تقديمها أو تسهيلها. على سبيل المثال، يجوز لنا الإفصاح عن معلومات PHI لهيئة صحية عامة يصرّح لها القانون بمراقبة الصحة العامة.

مصطلح "الرعاية الصحية الإنجابية" يعني الرعاية الصحية، حسبما يعرفها قانون HIPAA، التي تؤثر في صحة فرد في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته.

XI. الشكاوى

إذا كنت تعتقد أننا لم نحافظ على معلومات PHI الخاصة بك، يحق لك تقديم شكوى لدينا، عن طريق التواصل معنا عبر:

L.A. Care Member Services
1200 West 7th Street,
Los Angeles, CA 90017

خدمات أعضاء برنامج Medi-Cal: 1-888-839-9909

خدمات أعضاء خطة L.A. Care Covered/Direct: 1-855-270-2327

خدمات أعضاء PASC-SEIU: 1-844-854-7272

خدمات أعضاء خطة L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP):

1-833-522-3767

رقم TTY/TDD: 711

يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية عن طريق زيارة www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

يمكن أيضًا لأعضاء برنامج Medi-Cal التواصل مع مكتب الامتثال لقانون HIPAA التابع لخدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا عن طريق زيارة dhcs.ca.gov.

XII. مارس حقوقك دون أي خوف

لن تتخذ خطة L.A. Care أي إجراء ضدك لاستخدام حقوق الخصوصية في هذا الإشعار أو تقديم شكوى.

XIII. تاريخ السريان

تاريخ السريان الأصلي لهذا الإشعار هو 14 أبريل 2003. تمت مراجعة هذا الإشعار مؤخرًا في 15 يوليو 2025.

XIV. التواصل معنا أو طرح الأسئلة أو إذا كنت تريد هذا الإشعار بلغة أخرى أو تنسيق آخر:

إذا كانت لديك أسئلة بشأن هذا الإشعار، أو تريد المساعدة في ممارسة حقوقك، أو تريد هذا الإشعار بلغة أساسية أخرى (العربية أو الأرمنية أو الصينية أو الفارسية أو الخميرية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغالوغ أو الفيتنامية)، أو بتنسيق الطباعة بأحرف كبيرة أو بتسجيل صوتي أو بأي تنسيق بديل آخر (عند الطلب) دون أي تكلفة عليك، يُرجى الاتصال بنا أو مراسلتنا على العنوان:

L.A. Care Member Services

1200 West 7th Street,

Los Angeles, CA 90017

خدمات أعضاء برنامج Medi-Cal: 1-888-839-9909

خدمات أعضاء خطة L.A. Care Covered/Direct: 1-855-270-2327

خدمات أعضاء PASC-SEIU: 1-844-854-7272

خدمات أعضاء L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP): 1-833-522-3767

رقم TTY/TDD: 711

أو

L.A. Care Privacy Officer

L.A. Care Health Plan

1200 West 7th Street,

Los Angeles, CA 90017

خدمات أعضاء برنامج Medi-Cal: 1-888-839-9909

خدمات أعضاء خطة L.A. Care Covered/Direct: 1-855-270-2327

خدمات أعضاء PASC-SEIU: 1-844-854-7272

خدمات أعضاء L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP): 1-833-522-3767

رقم TTY/TDD: 711

البريد الإلكتروني: PrivacyOfficer@lacare.org