



L.A. Care
HEALTH PLAN®

اطلاعیه روال‌های حفظ حریم خصوصی



در این اطلاعیه، نحوه استفاده و واگذاری اطلاعات پزشکی، دندانپزشکی و بینایی شما در ارتباط با مزایای بهداشتی توصیف شده و همچنین نحوه دسترسی شما به این اطلاعات بیان می‌شود. **لطفاً آن را با دقت 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. حفاظت از اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده شما (protected health information, PHI) برای ما اهمیت زیادی دارد. L.A. Care موظف است این اطلاعیه را درباره حقوق شما و برخی مسئولیت‌هایی که برای حفاظت از PHI شما داریم در اختیار شما قرار دهد، ازجمله روال‌های حفظ حریم خصوصی ما بنا به الزام قوانین ایالت کالیفرنیا و «قانون قابلیت حمل و حساسرسی بیمه درمانی» (Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA) مصوب سال 1996. این اطلاعیه به شما می‌گوید که ما چگونه PHI شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم. حقوق شما نیز در این اطلاعیه ذکر شده است. شما تحت قوانین ایالتی ممکن است دارای حقوق محرمانگی بیشتر یا سخت‌گیرانه‌تری باشید.

۱. PHI شما «شخصی» و «محرمانه» است.

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، تأیید، 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 کمک‌رسانی 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 از این اطلاعات برای تصمیم‌گیری در مورد ارائه یا عدم ارائه پوشش مراقبت‌های درمانی یا هزینه آن پوشش استفاده نمی‌کنیم.

II. نحوه محافظت از PHI شما

ما طبق قانون موظف به حفظ حریم خصوصی و امنیت PHI شما هستیم. ما متعهد به حفاظت از PHI شما هستیم و تعهد داریم که PHI اعضای کنونی و سابق خود را طبق قانون و استانداردهای اعتبارسنجی، محرمانه و ایمن نگه می‌داریم. ما از تدابیر فیزیکی، فنی و اداری برای حفظ حریم خصوصی PHI شما استفاده می‌کنیم و کارکنان ما به‌طور منظم در زمینه استفاده و اشتراک‌گذاری PHI آموزش می‌بینند. از روش‌های حفظ امنیت PHI می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: تأمین امنیت دفاتر 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. در مواردی که قانون مقرر کرده است، هنگامی که شرکای تجاری با ما همکاری می‌کنند، آنها باید از محرمانگی PHI که به آنها واگذار می‌کنیم محافظت کرده و اجازه ندارند PHI را به اشخاص دیگری بدهند، مگر اینکه طبق قانون و اطلاعیه جاری مجاز باشد. طبق الزام قانونی، ما هر موردی از نقض PHI غیرایمن شما را به شما اطلاع خواهیم داد. ما به وظایف و روال‌های حفظ حریم خصوصی موصوف در این اطلاعیه پایبند خواهیم بود و یک نسخه از آن را در اختیار شما قرار می‌دهیم. ما اطلاعات شما را جز طبق آنچه در این اطلاعیه تشریح شده است، یا مطابق قوانین ایالتی و فدرال، یا با اجازه کتبی شما، مورد استفاده یا اشتراک‌گذاری قرار نخواهیم داد.

III. تغییرات در این اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

L.A. Care به اطلاعیه‌ای که اکنون استفاده می‌کنیم پایبند خواهد بود. ما حق داریم این اطلاعیه روال‌های حفظ حریم خصوصی را در هر زمان 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 جدید اطلاعیه 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 که به ما ارائه شده است، برای درمان، پرداخت هزینه و ارائه خدمات درمانی مرتبط با برنامه‌ای که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، جمع‌آوری، مصرف یا مبادله می‌کند. مواردی از PHI که استفاده و اشتراک‌گذاری می‌کنیم شامل موارد زیر می‌شود، اما به آنها محدود نیست:

- نام؛
- نشانی؛
- تاریخ تولد؛
- مراقبت و مداوای دریافت‌شده؛
- سابقه بهداشتی؛
- هزینه پرداخت‌شده برای مراقبت؛
- نژاد/قومیت؛
- زبان؛
- جنسیت نسبت داده شده در هنگام تولد؛
- هویت جنسی؛
- گرایش جنسی؛ و
- ضمائر.

روش‌های معمول استفاده و اشتراک‌گذاری PHI:

ما معمولاً می‌توانیم PHI را به روش‌های زیر بدون دریافت اجازه شما مورد استفاده یا اشتراک‌گذاری قرار دهیم:

- **مداوا: 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، تأمین‌کنندگان اقامت پزشکی، بادوام و غیره به اشتراک بگذاریم تا امکان ارائه مراقبت، درمان و دیگر خدمات و اطلاعات سودمند به شما را فراهم آوریم.
- **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 مراقبت‌های بهداشتی:** ما می‌توانیم PHI را برای اداره کردن سازمان خود و تماس گرفتن با شما، در صورت لزوم، مثلاً برای امور حسابرسی، ارتقای کیفیت، مدیریت مراقبت، هماهنگ‌سازی مراقبت و امور روزمره استفاده کنیم و به اشتراک بگذاریم. همچنین ممکن است از PHI استفاده کرده و آن را برای مشارکت و اجرای برنامه برنامه‌های ایالتی، فدرال و کانتی به آن برنامه‌ها واگذار کنیم.

• سایر موارد استفاده ما از PHI:

- برای ارائه اطلاعات به پزشک یا بیمارستان برای تأیید مزایا، سهم بیمه شده یا فرانشیز شما.
- برای تأیید پیشاپیش خدمات درمانی.
- برای رسیدگی و پرداخت مطالبات مربوط به خدمات مراقبت درمانی یا مداوایی که دریافت کردید.
- برای ارائه PHI به پزشکان یا بیمارستان‌ها جهت فراهم کردن امکان درمان.
- برای بررسی کیفیت مراقبت یا خدماتی که دریافت می‌کنید.
- برای کمک به شما و ارائه اطلاعات و خدمات آموزشی و بهبود سلامت (مثلاً برای عوارضی مانند دیابت).
- برای اطلاع‌رسانی درباره خدمات و برنامه‌های دیگری که ممکن است برای شما جالب یا مفید باشند (مثلاً یک کلاس ورزشی در مرکز منابع خانواده (L.A. Care).
- برای یادآوری به شما در دریافت ارزیابی، غربالگری یا معاینات عادی بهداشتی به‌طور مرتب.
- برای توسعه برنامه‌ها و ابتکارات بهسازی کیفیت، شامل ایجاد، مصرف یا تبادل داده‌های هویت‌زدایی شده بر اساس مجوز HIPAA.
- برای استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات، چه مستقیم و چه غیرمستقیم، با تبادل اطلاعات سلامت، برای درمان، پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی.
- تحقیق و پیگیری دعاوی، مانند کلاهبرداری، اسراف یا سوءاستفاده.

۷. دیگر روش‌های استفاده و اشتراک‌گذاری PHI

ما مجازیم یا موظفیم PHI شما را به روش‌های دیگری بدون اجازه شما به اشتراک بگذاریم، که معمولاً برای کمک به منافع عمومی، مانند بهداشت عمومی و پژوهش، انجام می‌گیرد. ما می‌توانیم PHI شما را برای اهداف تکمیلی زیر، مطابق با قوانین جاری و به اجازه آن قوانین، مورد استفاده یا اشتراک‌گذاری قرار دهیم:

- برای پیروی از قوانین ایالتی، فدرال یا محلی.
- رسیدگی به درخواست نهادهای مجری قانون، مانند پلیس، ارتش یا اداره امنیت ملی یا نهادها یا بدنه‌های 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.

۷. 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، کاتالوگ و راه‌های زیر با شما ارتباط برقرار کنیم:

- **تماس تلفنی.** اگر شماره تلفن خود را در اختیار ما قرار داده باشید (ازجمله اگر شماره تلفن قیم یا شخص منتصب را ارائه کرده باشید)، که شامل شماره تلفن موبایل شما می‌شود، آنگاه ما به‌همراه شرکت‌های وابسته و پیمانکاران فرعی، از سوی ما ممکن است با شما تماس بگیریم؛ این تماس می‌توان شامل استفاده از سیستم شماره‌گیری تلفن خودکار و/یا صدای مصنوعی بر طبق قوانین زیربط باشد. اپراتور تلفن همراه شما ممکن است برای دریافت تماس از شما هزینه دریافت کند؛ لطفاً برای دریافت اطلاعات مربوطه با اپراتور تلفن همراه خود تماس بگیرید. اگر نمی‌خواهید به این صورت با شما تماس گرفته شود، لطفاً به تماس‌گیرنده اطلاع دهید یا با ما تماس بگیرید تا در لیست عدم تماس تلفنی (Don Not Call List) قرار داده شوید.

- **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 تأیید پرداخت حق بیمه، ما و شرکت‌های وابسته و پیمانکاران فرعی و نمایندگان ما (از جانب ما) می‌توانیم طبق قوانین جاری به شما پیامک بفرستیم. اپراتور تلفن همراه شما ممکن است برای دریافت پیام از شما هزینه دریافت کند. لطفاً برای دریافت اطلاعات مربوطه، با اپراتور تلفن همراه خود تماس بگیرید. اگر زمانی نخواستید پیامک دریافت

کنید، لطفاً اطلاعات لغو اشتراک در پیام را دنبال کنید یا برای توقف دریافت چنین پیام‌هایی، با ارسال کلمه STOP (توقف) پاسخ دهید.

- **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 ثبت نام یا مطالب ویژه اعضا، ارائه‌دهندگان و آموزش، یا یادآوری یا تأیید پرداخت، مشروط به موافقت شما نسبت به 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 رمزگذاری نشده 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 زمانی نخواستید پیام‌های ایمیلی دریافت کنید، لطفاً دستورالعمل «لغو اشتراک» (Unsubscribe) را در انتهای پیام دنبال کنید تا دریافت مکاتبات ایمیلی متوقف شود.

۷.۱. 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 اجازه بدهید، می‌توانید آن را در هر زمان به‌صورت کتبی لغو کنید و ما بعد از تاریخ رسیدگی به درخواست شما از PHI شما استفاده نکرده یا آن را واگذار نخواهیم کرد. اما، اگر قبلاً از PHI شما با اجازه شما استفاده کرده یا به اشتراک گذاشته‌ایم، ممکن است نتوانیم هیچ اقدامی را که قبل از لغو مجوز شما رخ داده است، لغو کنیم.

۷.۲. حقوق شما

شما از حقوق خاصی درباره PHI خود و روش استفاده یا به اشتراک‌گذاری آن برخوردارید. شما حق دارید که:

- **نسخه‌ای از پرونده‌های بهداشتی و مطالبات خود را دریافت کنید.** شما می‌توانید درخواست کنید پرونده‌های بهداشتی و ادعاهای بیمه‌ای خود را ببینید یا یک نسخه از آن‌ها دریافت کنید. ما کپی یا خلاصه پرونده‌های بهداشتی و مطالبات شما را ارائه خواهیم کرد. ممکن است برخی اطلاعات و پرونده‌هایی وجود داشته باشند که برطبق اجازه قانونی افشا نشوند یا ممکن است نتوانیم اطلاعات خاصی را به برخی شکل‌ها، فرمت‌ها یا رسانه‌ها ارائه کنیم. ممکن است هزینه معقولی را

بابت کپی و ارسال PHI شما مطالبه کنیم. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که L.A. Care نسخه کاملی از پرونده‌های پزشکی شما را نگه نمی‌دارد. اگر می‌خواهید پرونده‌های پزشکی خود را مشاهده کنید، از آنها کپی بگیرید یا خطایی را در آنها تغییر دهید، لطفاً با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی خود تماس بگیرید.

- از ما درخواست کنید سوابق بهداشتی و مطالبات را تصحیح کنیم. اگر عقیده دارید اشتباهی در PHI شما وجود دارد، می‌توانید از ما درخواست کنید آن را تصحیح نماییم. ممکن است برخی اطلاعات وجود داشته باشد که نتوانیم تغییر دهیم، (برای مثال تشخیص بیماری از طرف پزشک)؛ و ما این موضوع را کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. اگر شخص دیگری اطلاعات را در اختیار ما قرار دهد، (برای مثال پزشک شما)، آنگاه به شما اطلاع می‌دهیم تا بتوانید از وی بخواهید آن را تصحیح کند. از آنجا که L.A. Care نسخه کاملی از پرونده‌های پزشکی شما را نگه نمی‌دارد، در صورت تمایل به اصلاح اشتباهی در پرونده‌های پزشکی خود، لطفاً با ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی‌تان تماس بگیرید.

- از ما بخواهید که محرمانه با شما ارتباط برقرار کنیم. می‌توانید از ما درخواست کنید به روش خاصی با شما تماس بگیریم (برای مثال تلفن منزل یا محل کار) یا با نشانی متفاوتی مکاتبه کنیم. ممکن است با همه درخواست‌ها موافقت نشود، اما ما به یک درخواست معقول پاسخ می‌دهیم.

- 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 ما خودداری کنیم. برطبق قانون لزومی ندارد که با درخواست شما موافق کنیم و اگر بر روی مراقبت از شما، پرداخت هزینه مطالبه، عملکردهای کلیدی یا عدم سازگاری با مقررات، قواعد یا سازمان دولتی یا درخواست‌های اجرای قانون یا حکم دادگاه یا اجرایی تأثیر داشته باشد، می‌توانیم پاسخ «منفی» بدهیم.

- فهرست کسانی را دریافت کنید که PHI شما را با آنها به اشتراک گذاشته‌ایم. شما می‌توانید فهرست (گزارش) دفعات انتشار اطلاعات سلامت 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 واگذاری‌ها را منظور خواهیم کرد، به استثنای موارد مربوط به مداوا، پرداخت هزینه و عملکردهای مراقبت درمانی و واگذاری‌های خاص دیگر، همچون زمان‌هایی که اطلاعات را با شما یا با اجازه شما به اشتراک گذاشتیم. ما هرسال یک مورد گزارش حسابرسی را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌دهیم، اما ممکن است برای درخواست‌های دیگر هزینه معقولی مطالبه کنیم.

- کپی این اطلاعاتیه حفظ حریم خصوصی را دریافت کنید. می‌توانید از طریق تماس گرفتن با ما، یک نسخه کاغذی از این اطلاعاتیه دریافت کنید.

- یک نماینده برای خود انتخاب کنید. اگر به شخصی وکالت داده‌اید یا اگر شخصی قیم قانونی شما است، آن شخص می‌تواند حقوق شما را اعمال کرده و در مورد PHI شما اتخاذ تصمیم کند. ممکن است درخواست کنیم که شما یا شخص منتصب شما برخی اطلاعات و مدارک را در اختیار ما قرار دهد (برای مثال کپی حکم دادگاه که طی آن قیمومیت اعطا شده است). شما یا سرپرستان باید یک اجازه کتبی را تکمیل کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه انجام این کار، از طریق شماره زیر با ما تماس بگیرید.

شما می‌توانید از طریق تماس با L.A. Care، همان‌گونه که در ادامه توضیح داده شده است، از حقوق فوق استفاده کنید.

IX. خدمات حساس

اعضایی که با دریافت خدمات حساس موافقت می‌کنند، ملزم نیستند رضایت اعضای دیگر را برای دریافت خدمات حساس یا ارائه درخواست خدمات حساس جلب کنند. «خدمات حساس» به خدماتی اطلاق می‌شود که مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، عفونت‌های مقاربتی، اختلال سوءمصرف مواد، مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت و خشونت شریک صمیمی برای اعضای 12 سال به بالا باشد. L.A. Care مکاتبات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن جایگزین عضو یا در صورت عدم تعیین نام، به نام عضو در آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال خواهد کرد. L.A. Care نباید اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی صریح از عضو دریافت‌کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار دهد. L.A. Care به درخواست‌های ارتباط محرمانه در فرم و قالب درخواستی در صورتی که به راحتی در فرم و قالب درخواستی یا در مکان‌های جایگزین، قابل تولید باشد، پاسخ می‌دهد. درخواست یک عضو برای ارتباط محرمانه مربوط به سرویس‌های حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه نکند به قوت خود باقی خواهد بود.

برای آشنا شدن با روش ارائه درخواست هریک از موارد بالا، با شماره مندرج روی کارت شناسایی تماس بگیرید یا با ما مکاتبه کنید. لازم است درخواست خود را به طور کتبی تسلیم کرده و اطلاعات خاصی را در اختیار ما قرار دهید. ما می‌توانیم فرم(ها) را برای شما ارسال کنیم.

X. حریم خصوصی مراقبت‌های سلامت باروری

استفاده یا افشای PHI شما برای انجام تحقیقات کیفری، مدنی یا اداری، یا تحمیل مسئولیت کیفری، مدنی یا اداری بر شما به دلیل درخواست، دریافت، ارائه یا تسهیل مراقبت‌های قانونی سلامت باروری برای ما ممنوع است. همچنین ما از افشای هویت شما برای چنین اهدافی منع شده‌ایم. به‌عنوان مثال، نمی‌توانیم PHI شما، ازجمله نامتان، را برای تسهیل یک تحقیق کیفری علیه شما به دلیل دریافت قانونی داروهای پیشگیری از بارداری یا داروهای سقط جنین افشا کنیم.

ما نمی‌توانیم PHI شما که مربوط به مراقبت‌های سلامت باروری است را برای فعالیت‌های نظارت بر سلامت، دادرسی‌های قضایی و اداری، اهداف اجرای قانون، یا استفاده توسط پزشکی قانونی و پزشکان معاینه‌کننده استفاده یا افشا کنیم، مگر اینکه اقدامات معقولی برای دریافت تأییدیه از درخواست‌کننده مبنی بر قانونی بودن چنین درخواستی انجام دهیم. به‌عنوان مثال، نمی‌توانیم PHI شما در مورد سقط قانونی را برای مقامات اجرای قانون افشا کنیم، مگر اینکه اقدامات معقولی برای دریافت تأییدیه مبنی بر اینکه مقامات اجرای قانون از اطلاعات شما برای اهداف ممنوعه استفاده نخواهند کرد انجام دهیم.

ما می‌توانیم از PHI مربوط به سلامت باروری برای اهدافی که توسط HIPAA مجاز شناخته شده‌اند استفاده یا آنها را افشا کنیم، مشروط بر اینکه درخواست استفاده یا افشای PHI به‌منظور تحقیق یا تحمیل مسئولیت بر کسی به دلیل درخواست، دریافت، ارائه یا تسهیل مراقبت‌های سلامت باروری نباشد. به‌عنوان مثال، می‌توانیم PHI را برای یک مقام بهداشت عمومی که طبق قانون مجاز به انجام نظارت بر سلامت عمومی است، افشا کنیم.

«مراقبت‌های سلامت باروری» به مراقبت‌های بهداشتی، مطابق تعریف HIPAA، گفته می‌شود که سلامت فرد را در تمامی موارد مرتبط با دستگاه تولیدمثل و عملکردها و فرایندهای آن تحت تأثیر قرار می‌دهد.

XI. شکایات

اگر فکر می‌کنید از PHI شما محافظت نکرده‌ایم، حق دارید شکایتی را از طریق تماس با ما به نشانی زیر به ما تسلیم نمایید:

L.A. Care Member Services

1200 West 7th Street,

Los Angeles, CA 90017

خدمات اعضای Medi-Cal به شماره تلفن: **1-888-839-9909**

خدمات اعضای L.A. Care Covered/Direct به شماره تلفن: **1-855-270-2327**

خدمات اعضای PASC-SEIU به شماره تلفن: **1-844-854-7272**

خدمات اعضای L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) به شماره تلفن:

1-833-522-3767

711: TDD/TTY

شما همچنین می‌توانید با مراجعه به www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ شکایت خود را به دفتر حقوق مدنی از «اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده» ارائه دهید.

اعضای Medi-Cal می‌توانند از طریق وبسایت **dhcs.ca.gov** با دفتر قانون‌مداری HIPAA از اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی California تماس بگیرند.

XII. بدون ترس و هراس، 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.

XIII. تاریخ اجرا

تاریخ اجرای اولیه این اطلاعیه 14 آوریل 2003 است. این اطلاعیه آخرین بار در تاریخ 15 ژوئیه 2025 بازبینی شده است.

XIV. تماس گرفتن با ما، مطرح کردن پرسش، یا 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

1200 West 7th Street,

Los Angeles, CA 90017

خدمات اعضای Medi-Cal به شماره تلفن: **1-888-839-9909**

خدمات اعضای L.A. Care Covered/Direct به شماره تلفن: **1-855-270-2327**

خدمات اعضای PASC-SEIU به شماره تلفن: **1-844-854-7272**

خدمات اعضای L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) به شماره تلفن:

1-833-522-3767

711 :TDD/TTY

یا

L.A. Care Privacy Officer

L.A. Care Health Plan

1200 West 7th Street,

Los Angeles, CA 90017

خدمات اعضای Medi-Cal به شماره تلفن: **1-888-839-9909**

خدمات اعضای L.A. Care Covered/Direct به شماره تلفن: **1-855-270-2327**

خدمات اعضای PASC-SEIU به شماره تلفن: **1-844-854-7272**

خدمات اعضای L.A. Care Medicare (HMO D-SNP) به شماره تلفن:

1-833-522-3767

711 :TDD/TTY

ایمیل: **PrivacyOfficer@lacare.org**