

اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت (HIPAA)

طرح‌های بهداشتی دولت شهرستان فرفکس و نهادهای وابسته به آن

تاریخ اجرا 16 فوریه 2026

این اطلاعیه توضیح می‌دهد که اطلاعات پزشکی شما چگونه ممکن است استفاده و افشا شود و چگونه می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید.

لطفاً آن را با دقت مطالعه کنید.

حفظ حریم خصوصی اطلاعات پزشکی شما برای ما اهمیت زیادی دارد.

نهادهای زیر، وابسته به

دولت شهرستان فرفکس، تحت پوشش این اطلاعیه هستند:

این اطلاعیه در مورد شیوه‌های حفظ حریم خصوصی طرح‌های بهداشتی ذکر شده در زیر اعمال می‌شود. به عنوان نهادهای وابسته (مرتبط)، ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما و اطلاعات بهداشتی محافظت شده سایر افراد تحت بیمه‌نامه شما را در صورت نیاز برای پرداخت یا عملیات مراقبت بهداشتی به اشتراک بگذاریم.

- CIGNA OAP 90% Coinsurance Plan
- CIGNA OAP 80% Coinsurance Plan
- CIGNA OAP MyChoice CDHP Plan
- Kaiser Permanente HMO Plan
- HealthSpring RX Part D Prescription Plan
- EyeMed Vision Care Program
- TASC (حساب‌های هزینه انعطاف‌پذیر)
- CIGNA (برنامه کمک به کارکنان)
- United Healthcare Group Medicare Advantage Plan
- Delta Dental PPO Plan

وظیفه قانونی ما

این اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی ما را توضیح می‌دهد، از جمله نحوه استفاده، افشا (به اشتراک‌گذاری یا ارائه)، جمع‌آوری، مدیریت و محافظت از اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) اعضای ما. ما طبق برخی قوانین فدرال و ایالتی موظف به حفظ حریم خصوصی اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما هستیم. ما باید تا زمانی که این اطلاعیه معتبر است، از شیوه‌های حفظ حریم خصوصی توضیح داده شده در آن پیروی کنیم. این اطلاعیه از تاریخ 16 فوریه 2026 اجرا می‌شود، طبق قانون موظف به حفظ حریم خصوصی اطلاعات بهداشتی محافظت شده، ارائه اطلاعیه وظایف قانونی و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی به افراد، و اطلاع‌رسانی به افراد تحت تأثیر پس از نقض اطلاعات بهداشتی محافظت شده غیرایمن است.

ما حق تغییر شیوه‌های حفظ حریم خصوصی و شرایط این اطلاعیه را در هر زمان، تا جایی که قانون اجازه دهد، برای خود محفوظ می‌داریم. ما حق اعمال تغییرات در شیوه‌های حفظ حریم خصوصی و شرایط جدید اطلاعیه خود را بر تمام اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) که نگهداری می‌کنیم، از جمله اطلاعاتی که قبل از اعمال تغییرات ایجاد یا دریافت کرده‌ایم، برای خود محفوظ می‌داریم. اگر تغییر قابل توجهی در شیوه‌های حفظ حریم خصوصی خود ایجاد کنیم، این اطلاعیه را تغییر خواهیم داد و اطلاعیه جدید را ظرف شصت روز از تاریخ اجرای تغییر به مشترکین طرح بهداشتی خود ارسال خواهیم کرد.

شما می‌توانید در هر زمان یک نسخه از اطلاعات ما را درخواست کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره شیوه‌های حفظ حریم خصوصی ما، یا برای دریافت نسخه‌های اضافی از این اطلاعات، لطفاً با استفاده از اطلاعات ذکر شده در انتهای این اطلاعات با ما تماس بگیرید.

استفاده‌ها و افشای اطلاعات پزشکی

استفاده‌ها و افشای اولیه اطلاعات بهداشتی محافظت شده

ما اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را برای پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی استفاده و افشا می‌کنیم. Health Insurance Portability and Accountability Act (قانون قابلیت انتقال و پاس‌خوایی بیمه سلامت - HIPAA)، مقررات فدرال خصوصی مراقبت بهداشتی، به طور کلی بر قوانین حفظ حریم خصوصی ایالتی یا سایر قوانین قابل اعمال که حفاظت حفظ حریم خصوصی بیشتری برای افراد فراهم می‌کنند، مانند قانون ویرجینیا § 127.1:03-32.1 و U.S.C. § 290dd-2 42، "تقدم" نمی‌یابد (یا اولویت ندارد). در نتیجه، تا حدی که قوانین ایالتی اعمال می‌شوند، قوانین حریم خصوصی ایالتی، یا سایر قوانین فدرال، به جای HIPAA ممکن است استانداردهای حفاظت از حریم خصوصی را تحمیل کنند که ما موظف به رعایت آنها هستیم. ما از قوانین حفظ حریم خصوصی ایالتی سخت‌گیرانه‌تری که مربوط به استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) در مورد HIV یا AIDS، بهداشت روان، سوء مصرف مواد/وابستگی شیمیایی، آزمایش ژنتیک و حقوق باروری هستند، پیروی خواهیم کرد. به عنوان مثال، اطلاعات مربوط به مصرف مواد که تحت U.S.C. § 290dd-2 42 محافظت می‌شوند، به طور کلی نمی‌توانند بدون مجوز شما یا حکم دادگاه در دادرسی‌های مدنی، کیفری، اداری یا قانونگذاری علیه شما استفاده شوند. علاوه بر این الزامات ایالتی و فدرال، HIPAA به ما اجازه می‌دهد در موقعیت‌های زیر اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) را استفاده یا افشا کنیم:

پرداخت: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را برای تمام فعالیت‌هایی که در تعریف HIPAA از "پرداخت" گنجانده شده‌اند، استفاده و افشا کنیم. به عنوان مثال، ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما را برای پرداخت هزینه خدمات ارائه شده توسط پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و دیگران برای خدماتی که تحت پوشش طرح بهداشتی شما هستند، استفاده و افشا کنیم. همچنین ممکن است اطلاعات شما را برای تعیین واجد شرایط بودن شما برای مزایا، هماهنگی مزایا، بررسی ضرورت پزشکی، دریافت حق بیمه، و صدور توضیحات مزایا برای شخصی که مشترک طرح بهداشتی شما است، استفاده کنیم.

عملیات مراقبت بهداشتی: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را برای تمام فعالیت‌هایی که در تعریف "عملیات مراقبت بهداشتی" طبق مقررات حفظ حریم خصوصی فدرال گنجانده شده‌اند، استفاده و افشا کنیم. به عنوان مثال، ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما را برای تعیین حق بیمه طرح بهداشتی شما، انجام فعالیت‌های ارزیابی و بهبود کیفیت، مشارکت در هماهنگی مراقبت یا مدیریت پرونده، و مدیریت کسب‌وکار خود استفاده و افشا کنیم.

همکاران تجاری: در ارتباط با فعالیت‌های پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی خود، ما با افراد، نهادها و سایر سازمان‌های شهرستان (به نام "همکاران تجاری") برای انجام وظایف مختلف از طرف ما یا ارائه انواع خاصی از خدمات (مانند پشتیبانی خدمات اعضا، مدیریت بهره‌برداری، جانشینی، یا مدیریت مزایای دارویی) قرارداد می‌بندیم. برای انجام این وظایف یا ارائه خدمات، همکاران تجاری ما اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) را دریافت، ایجاد، نگهداری، استفاده یا افشا خواهند کرد، اما تنها پس از آنکه از همکاران تجاری بخواهیم به صورت کتبی با شرایط قراردادی که برای حفاظت مناسب از اطلاعات شما طراحی شده‌اند، موافقت کنند.

سایر نهادهای تحت پوشش: علاوه بر این، ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را برای کمک به ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی در ارتباط با فعالیت‌های درمانی یا پرداخت/انها، یا برای کمک به سایر نهادهای تحت پوشش در ارتباط با برخی از عملیات مراقبت بهداشتی/انها استفاده یا افشا کنیم. به عنوان مثال، ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را زمانی که ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی برای ارائه درمان به شما به آن نیاز دارد افشا کنیم، و ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI را به نهاد تحت پوشش دیگری برای انجام عملیات مراقبت بهداشتی در زمینه فعالیت‌های تضمین و بهبود کیفیت یا اعتبارسنجی، گواهینامه، مجوز یا صلاحیت‌سنجی افشا کنیم.

سایر استفاده‌ها و افشای ممکن اطلاعات بهداشتی محافظت شده

موارد زیر توضیحی از سایر روش‌های ممکن است که ما ممکن است (و مجاز هستیم) اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را استفاده و/یا افشا کنیم.

به شما یا با مجوز شما: ما باید اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را همان‌طور که در بخش حقوق فردی این اطلاعات توضیح داده شده است، به شما افشا کنیم. شما می‌توانید به ما مجوز کتبی بدهید تا اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را استفاده کنیم یا آن را برای هر هدفی که در این اطلاعات ذکر نشده است به هر شخصی افشا کنیم. اگر به ما مجوز استفاده یا افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI خود را بدهید، می‌توانید آن مجوز را در هر زمان به صورت کتبی لغو کنید. لغو مجوز شما

بر هرگونه استفاده یا افشایی که طبق مجوز شما در زمان اعتبار آن انجام شده است، تأثیری نخواهد داشت. بدون مجوز کتبی شما، ما نمی‌توانیم اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را به هیچ دلیلی به جز موارد توضیح داده شده در این اطلاعیه استفاده یا افشا کنیم.

افشا به وزیر وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده: ما موظفیم اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را زمانی که وزیر در حال بررسی یا تعیین انطباق ما با مقررات حفظ حریم خصوصی فدرال است، به وزیر وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده افشا کنیم.

به حامیان طرح: در مواردی که قانون اجازه دهد، ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را به حامی طرح بهداشتی گروهی شما افشا کنیم تا حامی طرح بتواند وظایف مدیریت طرح را انجام دهد. به عنوان مثال، حامی طرح ممکن است برای ارزیابی تغییرات آینده در طرح مزایای شما با ما تماس بگیرد. همچنین ممکن است اطلاعات بهداشتی خلاصه (این نوع اطلاعات در مقررات حفظ حریم خصوصی فدرال تعریف شده است) درباره ثبت‌نام‌شدگان در طرح بهداشتی گروهی شما را به حامی طرح برای دریافت پیشنهادات حق بیمه برای پوشش بیمه سلامت ارائه شده از طریق طرح بهداشتی گروهی شما یا برای تصمیم‌گیری در مورد تغییر، اصلاح یا خاتمه طرح بهداشتی گروهی شما افشا کنیم.

به خانواده و دوستان: اگر شما موافقت کنید (یا اگر برای موافقت در دسترس نباشید، مانند شرایط اورژانس پزشکی)، ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را تا حد لازم برای کمک به مراقبت بهداشتی شما یا پرداخت هزینه مراقبت بهداشتی شما به یکی از اعضای خانواده، دوست یا شخص دیگری افشا کنیم.

بیمه‌نویسی: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را برای بیمه‌نویسی، تعیین نرخ حق بیمه یا سایر فعالیت‌های مربوط به ایجاد، تمدید یا جایگزینی قرارداد بیمه سلامت یا مزایای بهداشتی دریافت کنیم. ما اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI دریافت شده تحت این شرایط را برای هیچ هدف دیگری استفاده یا افشا نخواهیم کرد، مگر آنکه قانون الزام کند، مگر اینکه و تا زمانی که شما قرارداد بیمه سلامت یا مزایای بهداشتی با ما منعقد کنید. همچنین ما از اطلاعات ژنتیکی شما برای اهداف بیمه‌نویسی استفاده نخواهیم کرد.

فعالیت‌های نظارت بهداشتی: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را به یک سازمان نظارت بهداشتی برای فعالیت‌های مجاز طبق قانون، مانند حسابرسی‌ها، تحقیقات، بازرسی‌ها، صدور مجوز، نظارت بر سیستم مراقبت بهداشتی، برنامه‌های دولتی و انطباق با قوانین حقوق مدنی افشا کنیم.

سوءاستفاده یا غفلت: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را در صورتی که به طور منطقی باور داشته باشیم که شما ممکن است قربانی احتمالی سوءاستفاده، غفلت، خشونت خانگی یا سایر جرایم باشید، به مقامات مربوطه افشا کنیم.

برای جلوگیری از تهدید جدی برای سلامت یا ایمنی: مطابق با برخی قوانین فدرال یا ایالتی، ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را در صورتی که معتقد باشیم افشا برای جلوگیری یا کاهش تهدید جدی و قریب‌الوقوع برای سلامت یا ایمنی یک شخص یا عموم مردم ضروری است، افشا کنیم.

پزشکان قانونی، معاینه‌کنندگان پزشکی، مدیران تشییع جنازه و اهدای عضو: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI را به پزشکان قانونی، معاینه‌کنندگان پزشکی یا مدیران تشییع جنازه برای تعیین علت مرگ یا انجام سایر وظایف افشا کنیم. اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) ممکن است برای اهدای بافت یا عضو استفاده و افشا شوند.

تحقیقات: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را زمانی که یک هیئت بازبینی نهادی یا هیئت حفظ حریم خصوصی موارد زیر را انجام داده باشد، به محققان افشا کنیم: (1) پیشنهاد تحقیقاتی را بررسی کرده و پروتکل‌هایی برای اطمینان از حفظ حریم خصوصی بودن ایجاد کرده باشد؛ و (2) تحقیقات را تأیید کرده باشد.

زندانیان: اگر شما زندانی یک مؤسسه اصلاحی هستید، ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را به مؤسسه اصلاحی یا به یک مقام اجرای قانون برای موارد زیر افشا کنیم: (1) ارائه مراقبت بهداشتی به شما توسط مؤسسه؛ (2) سلامت یا ایمنی شما یا سلامت یا ایمنی دیگران؛ یا (3) امنیت و حفاظت مؤسسه اصلاحی.

غرامت کارگران: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را برای انطباق با قوانین غرامت کارگران و سایر برنامه‌های مشابه که مزایایی برای آسیب‌ها یا بیماری‌های مرتبط با کار فراهم می‌کنند، افشا کنیم.

فعالیت‌های بهداشت عمومی: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را برای فعالیت‌ها و اهداف بهداشت عمومی به یک مرجع بهداشت عمومی که طبق قانون مجاز به جمع‌آوری یا دریافت اطلاعات است، افشا کنیم. این افشا به منظور کنترل بیماری، آسیب یا ناتوانی انجام خواهد شد. همچنین ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را، در صورت هدایت مرجع بهداشت عمومی، به یک سازمان دولتی خارجی که با مرجع بهداشت عمومی همکاری می‌کند، افشا کنیم.

الزام قانونی: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را زمانی که طبق قانون ملزم به انجام آن هستیم، استفاده یا افشا کنیم. به عنوان مثال، ما باید اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را بنا به درخواست وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به منظور تعیین انطباق ما با قوانین حفظ حریم خصوصی فدرال افشا کنیم. طبق قانون، شما از هرگونه استفاده یا افشای اینچنینی مطلع خواهید شد.

دادرسی‌های قضایی و اداری: در پاسخ به احضاریه، دستور دادگاه یا دیوان اداری، یا سایر فرآیندهای قانونی.

اجرای قانون: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) محدودی از یک مظنون، فراری، شاهد کلیدی، قربانی جرم یا شخص مفقود را به مقام اجرای قانون افشا کنیم. ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI را در مواردی که برای کمک به مقامات اجرای قانون جهت دستگیری فردی که به مشارکت در جرم اعتراف کرده یا از بازداشت قانونی فرار کرده است ضروری باشد، افشا کنیم.

نظامی و امنیت ملی: ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده پرسنل نیروهای مسلح را تحت شرایط خاصی به مقامات نظامی افشا کنیم. ما ممکن است اطلاعات بهداشتی محافظت شده مورد نیاز برای فعالیت‌های اطلاعاتی، ضد اطلاعاتی و سایر فعالیت‌های امنیت ملی قانونی را به مقامات فدرال افشا کنیم.

سایر استفاده‌ها و افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما: سایر استفاده‌ها و افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما که در بالا توضیح داده نشده‌اند، فقط با مجوز کتبی شما انجام خواهند شد. به عنوان مثال، ما یادداشت‌های روانپزشکی شما را استفاده یا افشا نخواهیم کرد، اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را برای اهداف بازاریابی استفاده یا افشا نخواهیم کرد، و اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را نخواهیم فروخت، مگر اینکه مجوز کتبی به ما بدهید. اگر چنین مجوزی به ما ارائه دهید، می‌توانید مجوز را به صورت کتبی لغو کنید، و این لغو برای استفاده‌ها و افشای آینده اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) مؤثر خواهد بود. با این حال، لغو مجوز برای اطلاعاتی که قبلاً بر اساس مجوز شما استفاده یا افشا کرده‌ایم مؤثر نخواهد بود.

حقوق فردی

دسترسی: شما حق دارید اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) خود را که در مجموعه سوابق تعیین شده نگهداری می‌شود، از جمله اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI خود که در قالب الکترونیکی نگهداری می‌شوند، با استثنائات محدود، مشاهده کنید یا نسخه‌هایی از آنها دریافت کنید. شما می‌توانید درخواست کنید که ما نسخه‌ها را در قالبی غیر از فتوکپی، مانند روش‌های الکترونیکی، ارائه دهیم. ما از قالب درخواستی شما استفاده خواهیم کرد مگر اینکه به طور منطقی قادر به انجام آن نباشیم. شما باید درخواست خود را برای دسترسی به اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI خود به صورت کتبی ارائه دهید. شما می‌توانید فرم درخواست دسترسی را با استفاده از اطلاعات تماس ذکر شده در انتهای این اطلاعیه دریافت کنید. همچنین می‌توانید با ارسال نامه به آدرس ذکر شده در انتهای این اطلاعیه درخواست دسترسی دهید. اگر نسخه‌هایی درخواست کنید، ممکن است هزینه معقولی برای هر صفحه و هزینه پست در صورتی که بخواهید نسخه‌ها برای شما ارسال شوند، دریافت کنیم. اگر قالب جایگزینی درخواست کنید، ممکن است هزینه‌های بر اساس هزینه تمام شده برای ارائه اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما در آن قالب دریافت کنیم. اگر ترجیح دهید، ما خلاصه یا توضیحی از اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما تهیه خواهیم کرد، اما ممکن است برای انجام این کار هزینه‌ای دریافت کنیم.

ما ممکن است درخواست شما برای بازبینی و کپی اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما را در شرایط محدود خاصی رد کنیم. تحت شرایط خاصی، رد درخواست ما قابل بازنگری نخواهد بود. اگر این اتفاق بیفتد، ما در رد درخواست خود به شما اطلاع خواهیم داد که تصمیم قابل بازنگری نیست. اگر دسترسی شما به اطلاعاتتان رد شود و رد درخواست مشمول بازنگری باشد، می‌توانید درخواست بازنگری رد درخواست را بدهید. یک متخصص مراقبت بهداشتی دارای مجوز که توسط ما انتخاب شده، درخواست و رد آن را بررسی خواهد کرد. شخصی که این بازنگری را انجام می‌دهد، همان شخصی خواهد بود که درخواست اولیه شما را رد کرده است.

گزارش‌دهی موارد افشا: شما حق دارید فهرستی از مواردی را دریافت کنید که ما یا همکاران تجاری ما اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را (از جمله افشای مربوط به پرونده سلامت الکترونیکی) برای اهدافی غیر از درمان، پرداخت، عملیات مراقبت بهداشتی و برخی فعالیت‌های دیگر افشا کرده‌ایم. ما تاریخ افشا، نام شخص یا نهادی که اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما به آن افشا شده، توصیفی از اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI افشا شده، دلیل افشا و برخی اطلاعات دیگر را در اختیار شما قرار خواهیم داد. اگر این فهرست را بیش از یک بار در یک دوره 12 ماهه درخواست کنید، ممکن است هزینه معقولی بر اساس هزینه تمام شده برای پاسخ به این درخواست‌های اضافی دریافت کنیم.

شما می‌توانید با ارسال درخواست خود به صورت کتبی با استفاده از اطلاعات ذکر شده در انتهای این اطلاعیه، درخواست گزارش افشا بدهید. درخواست شما می‌تواند مربوط به افشاهای انجام شده تا 6 سال قبل از تاریخ درخواست شما باشد (3 سال در مورد افشای مربوط به پرونده سلامت الکترونیکی).

درخواست‌های محدودیت: شما حق دارید درخواست کنید که ما محدودیت‌های اضافی بر استفاده یا افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما اعمال کنیم. ما ملزم به موافقت با این محدودیت‌های اضافی نیستیم، اما اگر موافقت کنیم، به توافق خود پایبند خواهیم بود (به جز در موارد اضطراری). هرگونه توافقی که ممکن است با درخواست محدودیت‌های اضافی داشته باشیم باید به صورت کتبی و با امضای شخص مجاز به انعقاد چنین توافقی از طرف ما باشد. ما مسئول استفاده‌ها و افشاهای انجام شده خارج از محدودیت درخواست شده نخواهیم بود، مگر اینکه توافقی ما برای محدودیت به صورت کتبی باشد. ما مجاز هستیم با اطلاع‌رسانی کتبی به شما، توافق خود با محدودیت درخواست شده را پایان دهیم.

شما می‌توانید با نوشتن به ما با استفاده از اطلاعات ذکر شده در انتهای این اطلاعیه، درخواست محدودیت بدهید. در درخواست خود به ما بگویید: (1) اطلاعاتی که می‌خواهید استفاده و افشای آنها را محدود کنیم؛ و (2) چگونه می‌خواهید استفاده و/یا افشای اطلاعات را محدود کنیم.

ارتباط محرمانه: اگر معتقدید که افشای تمام یا بخشی از اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما ممکن است شما را در معرض خطر قرار دهد، شما حق دارید درخواست کنید که ما به صورت محرمانه درباره اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI شما با شما ارتباط برقرار کنیم. این بدان معناست که شما می‌توانید درخواست کنید که ما اطلاعات را از طریق روش‌های جایگزین یا به مکان جایگزین برای شما ارسال کنیم. ما باید درخواست شما را در صورتی بپذیریم که: منطقی باشد، روش جایگزین یا مکان جایگزین را مشخص کند، و نحوه رسیدگی به مسائل پرداخت (حق بیمه‌ها و مطالبات) را مشخص کند. شما می‌توانید با نوشتن به ما با استفاده از اطلاعات ذکر شده در انتهای این اطلاعیه، درخواست ارتباط محرمانه بدهید.

اصلاح سوابق: شما حق دارید درخواست کنید که ما اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما را اصلاح کنیم. درخواست شما باید به صورت کتبی باشد و باید توضیح دهد که چرا اطلاعات باید اصلاح شوند. ما ممکن است درخواست شما را در صورتی که اطلاعاتی که می‌خواهید اصلاح شود توسط ما ایجاد نشده باشد یا به دلایل خاص دیگری رد کنیم. اگر درخواست شما را رد کنیم، توضیح کتبی در اختیار شما قرار خواهیم داد. شما می‌توانید با بیانیه‌ای مبنی بر عدم موافقت که به اطلاعاتی که می‌خواستید اصلاح شود ضمیمه می‌شود، پاسخ دهید. اگر درخواست شما برای اصلاح اطلاعات را بپذیریم، تلاش معقولی خواهیم کرد تا دیگران، از جمله افرادی که شما نام می‌برید، را از اصلاح مطلع کنیم و تغییرات را در هرگونه افشای آینده آن اطلاعات لحاظ کنیم.

اطلاعیه الکترونیکی: حتی اگر موافقت کنید که این اطلاعیه را در وبسایت ما یا از طریق پست الکترونیکی (ایمیل) دریافت کنید، شما حق دارید یک نسخه کاغذی نیز دریافت کنید. لطفاً برای دریافت این اطلاعیه به صورت کتبی، با استفاده از اطلاعات ذکر شده در انتهای این اطلاعیه با ما تماس بگیرید. اگر ارسال ایمیل ناموفق باشد و ما از این عدم موفقیت آگاه باشیم، یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را در اختیار شما قرار خواهیم داد.

نقض اطلاعات بهداشتی محافظت شده غیرایمن

در صورت نقض اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) غیرایمن، باید به شما اطلاع داده شود. "نقض" به معنای کسب، دسترسی، استفاده یا افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI به شیوه‌ای است که امنیت یا حفظ حریم خصوصی بودن اطلاعات بهداشتی محافظت شده PHI را به خطر می‌اندازد.

اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما زمانی در معرض خطر تلقی می‌شود که نقض، خطر قابل توجهی از آسیب مالی، آسیب به اعتبار شما یا آسیب‌های دیگر به شما ایجاد کند. این شامل افشاهای با حسن نیت یا سهوی یا زمانی که هیچ راه منطقی برای حفظ اطلاعات وجود ندارد، نمی‌شود. شما باید اطلاعیه نقض را در اسرع وقت و حداکثر تا 60 روز پس از کشف نقض دریافت کنید.

سوالات و شکایات

اطلاعات درباره شیوه‌های حفظ حریم خصوصی طرح بهداشتی دولت شهرستان فرفکس: اگر اطلاعات بیشتری درباره شیوه‌های حفظ حریم خصوصی ما می‌خواهید یا سؤال یا نگرانی دارید، می‌توانید با شماره خدمات اعضا در پشت کارت بیمه خود تماس بگیرید یا با ما از طریق آدرس زیر ارتباط برقرار کنید.

ثبت شکایت: اگر نگران هستید که ممکن است حقوق حفظ حریم خصوصی شما را نقض کرده باشیم، یا با تصمیمی که درباره حقوق فردی شما گرفته‌ایم مخالف هستید، می‌توانید از اطلاعات تماس ذکر شده در انتهای این اطلاعیه برای شکایت به ما استفاده کنید. همچنین می‌توانید شکایت کتبی خود را به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (DHHS) به آدرس زیر ارسال کنید.

ما از حق شما برای محافظت از حفظ حریم خصوصی بودن اطلاعات بهداشتی محافظت شده و اطلاعات مالی شما حمایت می‌کنیم. اگر تصمیم بگیرید که شکایتی به ما یا به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ارسال کنید، ما به هیچ وجه اقدام تلافی‌جویانه انجام نخواهیم داد.

اطلاعات تماس

تماس HIPAA

Fairfax County Department of Human Resources, Benefit Division
12000 Government Center Parkway, Suite 270
Fairfax, VA 22035
703-324-3311

ایمیل: DHRBenefitsDivision@fairfaxcounty.gov
fairfaxcounty.gov/hr/departments-human-resources-employee-benefits

مدیر انطباق HIPAA شهرستان فرفکس

Fairfax County Government Center
12000 Government Center Parkway, Suite 533
Fairfax, VA 22035

www.fairfaxcounty.gov/hipaa یا TTY 711 — 703-324-2164

Office for Civil Rights Centralized

U.S. Department of Health and Human Services
Case Management Operations
200 Independence Avenue, S.W., Suite 515F
HHH Building
Washington, D.C. 20201

مرکز پاسخگویی مشتریان: 800-368-1019
فکس: 202-619-3818 — TDD: 800-537-7697
ایمیل: ocrmail@hhs.gov