

إشعار بممارسات الخصوصية (HIPAA)

الخطط الصحية الخاصة بحكومة مقاطعة فيرفاكس والجهات التابعة لها

سارٍ بدايةً من 16 فبراير 2026

يوضح هذا الإشعار الكيفية التي يجوز بها استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها، كما يُبيّن حقوقك في الاطلاع على هذه المعلومات والحصول عليها.

يُرجى قراءته بعناية.

إن خصوصية معلوماتك الطبية تمثل أولوية بالنسبة إلينا.

تشمل الجهات التالية، والمرتبطة

بحكومة مقاطعة فيرفاكس، نطاق هذا الإشعار، وتسري عليها أحكامه:

يسري هذا الإشعار على سياسات وإجراءات الخصوصية الخاصة بالخطط الصحية المدرجة أدناه. وباعتبار هذه الجهات كيانات تابعة (مرتبطة)، فقد يُتاح لها تبادل معلوماتك الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI)، وكذلك معلومات الأشخاص المشمولين معك في وثيقة التأمين، وذلك عند الضرورة لأغراض السداد المالي أو عمليات الرعاية الصحية.

- خطة CIGNA OAP بنظام التأمين المشترك بنسبة 90%
- خطة CIGNA OAP بنظام التأمين المشترك بنسبة 80%
- خطة CIGNA OAP MyChoice المُوجّهة للمستهلك (CDHP)
- خطة Kaiser Permanente من نوع منظمة الرعاية الصحية (HMO)
- خطة HealthSpring RX للأدوية الموصوفة - الجزء (D)
- برنامج EyeMed لرعاية البصر
- برنامج TASC لحسابات الإنفاق المرن
- برنامج CIGNA لمساندة الموظفين
- خطة United Healthcare Group Medicare Advantage
- خطة Delta Dental من نوع مُقدّم الخدمة المفضل (PPO)

واجبنا القانوني

يُبيّن هذا الإشعار ممارساتنا المتعلقة بالخصوصية، بما في ذلك الكيفية التي قد نستخدم بها PHI الخاصة بالأعضاء لدينا، أو نفصح عنها (بما في ذلك مشاركتها أو إتاحتها)، أو نجعلها، أو نعالجها، أو نحملها. ونلتزم، بموجب قوانين الفيدرالية وقوانين الولاية ذات الصلة، بالحفاظ على سرية PHI الخاصة بك. كما يتعين علينا الالتزام بممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار طوال فترة سريانه. يسري هذا الإشعار بدايةً من 16 فبراير 2026. ونلتزم قانوناً بصون سرية المعلومات الصحية المحمية، وإبلاغ الأفراد بواجباتنا القانونية وممارساتنا في مجال الخصوصية، وإخطار المتأثرين في حال وقوع خرق لمعلومات صحية محمية غير مُؤمّنة.

نحتفظ بالحق في تعديل ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، وكذلك شروط هذا الإشعار، في أي وقت، شريطة أن يجيز القانون تلك التعديلات، كما نحتفظ بالحق في إجراء تغييرات على ممارسات الخصوصية لدينا وشروط إشعارنا الجديدة لتصبح سارية المفعول على جميع PHI التي نحتفظ بها، بما في ذلك PHI التي أنشأناها أو تلقيناها قبل إجراء التغييرات. وفي حال إدخال تعديل جوهري على ممارسات الخصوصية، سنقوم بتحديث هذا الإشعار وإرسال النسخة الجديدة إلى المشتركين في الخطط الصحية خلال سنتين يوماً من تاريخ سريان التغيير.

يجوز لك طلب نسخة من هذا الإشعار في أي وقت. للحصول على مزيد من المعلومات حول ممارساتنا المتعلقة بالخصوصية، أو الحصول على نسخ إضافية من هذا الإشعار، يُرجى التواصل معنا باستخدام بيانات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار.

استخدامات المعلومات الطبية والإفصاح عنها

الاستخدامات والإفصاحات الرئيسية للمعلومات الصحية المحمية

نستخدم PHI ونفصح عنها لأغراض السداد وعمليات الرعاية الصحية. تنص لوائح قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)، وهو القانون الفيدرالي المنظم لخصوصية معلومات الرعاية الصحية، لا يلغي (أو يتمتع بالأولوية على) قوانين الخصوصية أو القوانين الأخرى المعمول بها التي توفر للأفراد حماية أكبر للخصوصية، مثل المادة 127.1:03-32.1 من قانون ولاية فرجينيا، والمادة 290dd-2 من الباب 42 من قانون الولايات المتحدة (United States Code, USC). وبناءً على ذلك، وفي حدود سريان قانون الولاية أو أي قانون فيدرالي آخر يفرض معياراً أكثر صرامة لحماية الخصوصية مقارنةً بقانون HIPAA، فإننا نلتزم بالمعيار الأكثر تشدداً. وملتزم، على وجه الخصوص، بالقوانين الأشد صرامة التي تنظم استخدام PHI والإفصاح عنها فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV) أو متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، والصحة النفسية، وتعاطي المواد المخدرة أو الاعتماد الكيميائي، والفحوصات الجينية، والحقوق الإنجابية. فعلى سبيل المثال، فإن المعلومات المتعلقة بتعاطي المواد والمحمية بموجب المادة 290dd-2 من الباب 42 من قانون الولايات المتحدة، لا يجوز، في الأصل، استخدامها في أي إجراء مدني، أو جنائي، أو إداري، أو تشريعي ضدك دون الحصول على تفويض منك أو صدور أمر قضائي. وبالإضافة إلى هذه المتطلبات الفيدرالية ومتطلبات الولاية، يجيز لنا قانون HIPAA استخدام PHI أو الإفصاح عنها في الحالات التالية:

السداد: يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها في جميع الأنشطة التي تندرج ضمن تعريف "السداد" وفقاً لقانون HIPAA. فعلى سبيل المثال، قد نستخدم PHI الخاصة بك أو نفصح عنها لسداد المطالبات المتعلقة بالخدمات المقدمة لك من قبل الأطباء، أو المستشفيات، أو الصيدليات، أو غيرهم من مقدمي الخدمات، متى كانت هذه الخدمات مشمولة ضمن خطتك الصحية. وقد نستخدم معلوماتك لتحديد أهليتك للاستحقاقات، أو تنسيق المنافع، أو تقييم الضرورة الطبية، أو تحصيل الأقساط، أو إصدار بيانات شرح المزاي للخصم المشترك في الخطة الصحية التي تنتسب إليها.

عمليات الرعاية الصحية: يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها في جميع الأنشطة التي تندرج ضمن تعريف "عمليات الرعاية الصحية" وفقاً لما هو مُحدّد في اللوائح الفيدرالية المنظمة لخصوصية المعلومات الصحية. فعلى سبيل المثال، قد نستخدم PHI الخاصة بك أو نفصح عنها لتحديد أقساط خطتك الصحية، وتنفيذ أنشطة تقييم الجودة وتحسينها، والمشاركة في تنسيق الرعاية أو إدارة الحالات، وإدارة أعمالنا.

الجهات المتعاقدة: في إطار أنشطة السداد وعمليات الرعاية الصحية، قد نُبرم عقوداً مع أفراد، أو جهات، أو وكالات أخرى تابعة للمقاطعة (يُشار إليها لاحقاً باسم "الجهات المتعاقدة") لأداء مهام معينة نيابةً عنا أو تقديم خدمات مُحدّدة، مثل دعم خدمات الأعضاء، أو إدارة الاستخدام، أو الحلول القانونية المتعلقة بالرجوع، أو إدارة منافع الصيدلة. ولأداء هذه المهام أو تقديم تلك الخدمات، قد تتلقى الجهات المتعاقدة PHI، أو تُنشئها، أو تحتفظ بها، أو تستخدمها، أو تفصح عنها، وذلك فقط بعد إلزامها تعاقدياً، بموجب اتفاق كتابي، بالالتزام بشروط تكفل حماية معلوماتك على نحو ملائم.

جهات مشمولة أخرى: يجوز لنا كذلك استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها لمعاونة مُقدّمي خدمات الرعاية الصحية فيما يتعلق بأنشطة العلاج أو السداد الخاصة بهم، أو مساعدة جهات مشمولة أخرى فيما يتصل ببعض عمليات الرعاية الصحية التي تقوم بها. على سبيل المثال، يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك إلى أحد مُقدّمي خدمات الرعاية الصحية متى احتاج إليها لتقديم العلاج لك، كما يجوز لنا الإفصاح عن PHI إلى جهة مشمولة أخرى لتمكينها من إجراء عمليات الرعاية الصحية في مجالات ضمان الجودة وتحسينها، أو لأغراض الاعتماد، أو التصديق، أو الترخيص، أو اعتماد الكفاءات المهنية.

الاستخدامات والإفصاحات الأخرى المحتملة للمعلومات الصحية المحمية

فيما يلي بيان بطرق إضافية قد نستخدم بها PHI الخاصة بك أو نفصح عنها، والتي يُسمح لنا بها قانوناً.

لك أو بناءً على تفويضك: يتعين علينا الإفصاح عن PHI الخاصة بك إليك، وذلك على النحو المُبين في قسم "حقوق الأفراد" من هذا الإشعار. ويجوز لك أن تمنحنا تفويضاً كتابياً يجيز لنا استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأي شخص ولأي غرض غير مذكور في هذا الإشعار. وإذا منحتنا تفويضاً لاستخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها، فإنه يحق لك سحبه في أي وقت بموجب إشعار كتابي. ولا يترتب على سحب التفويض أي أثر رجعي في أي استخدام أو إفصاح تم خلال فترة سريان التفويض. ولا يجوز لنا، دون الحصول على تفويض كتابي منك، استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأي سبب بخلاف الأسباب المُبيّنة في هذا الإشعار.

الإفصاحات إلى وزير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية: نلتزم بالإفصاح عن PHI الخاصة بك إلى وزير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة الأمريكية متى كان الوزير يباشّر تحقيقاً أو يقوم بتقييم مدى التزامنا بلوائح الخصوصية الفيدرالية.

إلى الجهات الراعية للخطة: حيثما يجيز القانون، يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك إلى الجهة الراعية لخطتك الصحية الجماعية، لتمكينها من أداء مهام إدارة الخطة. فعلى سبيل المثال، قد تتواصل الجهة الراعية مع طلباً لمعلومات بغرض تقييم التغييرات المستقبلية على خطة المخصصات الخاصة بك. كما يجوز لنا الإفصاح عن معلومات صحية مُلخّصة، وفق التعريف الوارد في اللوائح الفيدرالية المنظمة للخصوصية، تتعلق بالمشتركين في خطتك الصحية الجماعية، وذلك لتمكين الجهة الراعية من الحصول على عروض أسعار للأقساط الخاصة بالتغطية التأمينية المُقدّمة من خلال الخطة، أو اتخاذ قرار بشأن تعديل الخطة، أو تغييرها، أو إنهائها.

إلى أفراد الأسرة والأصدقاء: إذا وافقت على ذلك، أو إذا تعدّر الحصول على موافقتك، كما في حالات الطوارئ الطبية، فإنه يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك إلى أحد أفراد أسرتك، أو أصدقائك، أو أي شخص آخر، بالقدر اللازم لمساعدتك على تلقي الرعاية الصحية أو على سداد تكاليفها.

الاكتتاب التأميني: يجوز لنا تلقي PHI الخاصة بك لأغراض الاكتتاب التأميني، أو تحديد فئات الأقساط، أو غير ذلك من الأنشطة المرتبطة بإبرام عقد تأمين صحي أو مزايا صحية، أو تجديده، أو استبداله. ولا يجوز لنا استخدام PHI هذه أو الإفصاح عنها لاحقاً لأي غرض آخر، إلا إذا كان ذلك مطلوباً بموجب القانون، وذلك إلى أن تبرم معنا عقد تأمين صحي أو مزايا صحية. كما لا يجوز لنا استخدام معلوماتك الجينية لأغراض الاكتتاب التأميني.

أنشطة الرقابة الصحية: يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك إلى جهة مختصة بالرقابة الصحية للقيام بأنشطة يجيزها القانون، مثل أعمال التدقيق، والتحقق، وعمليات التفتيش، وإصدار التراخيص، ومتابعة نظام الرعاية الصحية، والبرامج الحكومية، والتحقق من الالتزام بقوانين الحقوق المدنية.

حالات الإساءة أو الإهمال: يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك إلى الجهات المختصة إذا كان لدينا اعتقاد معقول بأنك قد تكون ضحية لإساءة، أو إهمال، أو عنف أسري، أو غير ذلك من الجرائم.

للقاية من تهديد جسيم للصحة أو السلامة: وفقاً لما تقرره بعض القوانين الفيدرالية أو قوانين الولايات، يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك إذا رأينا أن ذلك ضروري لمنع تهديد خطير ووشيك لصحة أو سلامة أي شخص، أو للصحة، أو السلامة العامة أو الحد منه.

إلى المحققين في الوفيات، والفاحصين الطبيين، ومديري الجنازات، وفيما يتعلق بالتبرع بالأعضاء: يجوز لنا الإفصاح عن PHI إلى المحققين في الوفيات، أو الفاحصين الطبيين، أو مديري الجنازات لتمكينهم من تحديد سبب الوفاة أو أداء مهامهم الأخرى. كما يجوز استخدام PHI أو الإفصاح عنها لأغراض التبرع بالأنسجة أو الأعضاء.

الأبحاث: يجوز لنا الإفصاح عن PHI إلى الباحثين إذا كانت لجنة مراجعة مؤسسية أو لجنة مختصة بالخصوصية قد: (1) راجعت مقترح البحث وأقرت الضوابط الكفيلة بحماية الخصوصية؛ و(2) وافقت على إجراء البحث.

المساجين: إذا كنت سجيناً في مؤسسة إصلاحية، فإنه يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك إلى تلك المؤسسة أو إلى أحد مسؤولي إنفاذ القانون للأغراض التالية: (1) لتمكين المؤسسة من تقديم الرعاية الصحية لك؛ أو (2) لحماية صحتك، أو سلامتك، أو صحة الآخرين أو سلامتهم؛ أو (3) لضمان أمن المؤسسة الإصلاحية وسلامتها.

أجور العاملين: يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك لامتثال لقوانين أجور العاملين وغيرها من البرامج المماثلة التي توفر مخصصات للإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل.

أنشطة الصحة العامة: يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك لأغراض الصحة العامة وأنشطتها إلى جهة صحية عامة مُخوّلة قانوناً بجمع هذه المعلومات أو تلقيها. ويتم هذا الإفصاح بغرض مكافحة الأمراض، أو الإصابات، أو الإعاقات، كما يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك، بناءً على توجيه من الجهة المختصة بالصحة العامة، إلى جهة حكومية أجنبية تتعاون معها في هذا الشأن.

الإفصاح بموجب القانون: يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها إذا كان القانون يلزمنا بذلك. فعلى سبيل المثال، يتعين علينا الإفصاح عن PHI الخاصة بك إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة الأمريكية بناءً على طلبها، وذلك لأغراض التحقق من مدى امتثالنا لقوانين الخصوصية الفيدرالية. وسيتم إخطارك، متى اقتضى القانون ذلك، بأي استخدام أو إفصاح من هذا القبيل.

الإجراءات القضائية والإدارية: يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية استجابةً لأمر استدعاء، أو أمر صادر عن محكمة أو جهة إدارية مختصة، أو بموجب أي إجراء قانوني آخر سليم.

إنفاذ القانون: يجوز لنا الإفصاح إلى أحد مسؤولي إنفاذ القانون عن قدر محدود من PHI يتعلق بشخص مشتبه به، أو فاز من العدالة، أو شاهد أساسي، أو ضحية جريمة، أو شخص مفقود، كما يجوز لنا الإفصاح عن PHI عند الضرورة لمساعدة سلطات إنفاذ القانون في ضبط شخص أقرّ بمشاركته في جريمة أو فرّ من حجز قانوني.

الشؤون العسكرية والأمن الوطني: يجوز لنا الإفصاح إلى الجهات العسكرية عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بأفراد القوات المسلحة في ظروف معينة. كما يجوز لنا الإفصاح إلى مسؤولين فيدراليين عن المعلومات الصحية المحمية اللازمة لأغراض استخبارات مشروعة، أو مكافحة التجسس، أو غيرها من أنشطة الأمن الوطني التي يجيزها القانون.

الاستخدامات والإفصاحات الأخرى لمعلوماتك الصحية المحمية: لن يتم إجراء أي استخدام أو إفصاح آخر لـ PHI الخاصة بك غير مذكور أعلاه إلا بناءً على تفويض كتابي منك. فعلى سبيل المثال، لن نستخدم ملاحظات العلاج النفسي الخاصة بك أو نفصح عنها، ولن نستخدم PHI الخاصة بك أو نفصح عنها لأغراض تسويقية، ولن نقوم ببيع PHI الخاصة بك، ما لم تزودنا بتفويض كتابي بذلك. وإذا منحتنا هذا التفويض، فيحق لك سحبه بموجب إشعار كتابي، ويكون هذا السحب نافذاً بالنسبة إلى الاستخدامات والإفصاحات المستقبلية فقط. ومع ذلك، فإن سحب التفويض لا يسري على أي معلومات سبق أن استخدمناها أو أفصحنا عنها استناداً إلى التفويض قبل سحبه.

حقوق الأفراد

حق الاطلاع والحصول على نسخ: يحق لك الاطلاع على PHI الخاصة بك أو الحصول على نسخ منها ضمن مجموعة السجلات المعيّنة، بما في ذلك PHI المحفوظة بصيغة إلكترونية، وذلك مع مراعاة بعض الاستثناءات المحدودة. ويجوز لك أن تطلب تزويدك بالنسخ بصيغة غير ورقية، كأن تكون بصيغة إلكترونية. وستلتزم بالصيغة التي تطلبها ما لم يتعذر علينا ذلك بشكلٍ معقول. ويجب تقديم طلب الاطلاع على PHI الخاصة بك كتابياً. ويمكنك الحصول على نموذج طلب الاطلاع باستخدام بيانات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار. كما يمكنك تقديم طلب الاطلاع بإرسال خطاب إلى العنوان المُبين في نهاية هذا الإشعار. وإذا طلبت نسخاً، فقد نعرض رسماً معقولاً عن كل صفحة، بالإضافة إلى رسوم البريد إذا رغبت في إرسال النسخ إليك عبر البريد. وإذا طلبت توفير المعلومات بصيغة بديلة، فقد نعرض رسماً يستند إلى التكلفة الفعلية لإعداد PHI الخاصة بك بتلك الصيغة. وإذا رغبت، يمكننا إعداد ملخص أو شرح لـ PHI الخاصة بك، وقد يترتب على ذلك رسم مقابل هذه الخدمة.

ويجوز لنا رفض طلبك للاطلاع على PHI الخاصة بك أو نسخها في حالات مُحدّدة ومحدودة. وفي بعض الظروف، يكون قرار الرفض غير قابل للمراجعة. وإذا حدث ذلك، فنسوضح لك في إشعار الرفض أن القرار غير قابل للمراجعة. إذا تم رفض طلبك للاطلاع على معلوماتك وكان هذا الرفض قابلاً للمراجعة، فإنه يجوز لك أن تطلب إعادة النظر في قرار الرفض. وسيتولى مراجعة الطلب وقرار الرفض أحد المهنيين المرخص لهم في مجال الرعاية الصحية نختاره نحن. ولن يكون الشخص الذي يجري هذه المراجعة هو الشخص نفسه الذي أصدر قرار الرفض الأولي.

بيان بالإفصاحات: يحق لك الحصول على قائمة بالحالات التي قمنا فيها، نحن أو الجهات المتعاقدة معنا، بالإفصاح عن PHI الخاصة بك (بما في ذلك الإفصاحات المتعلقة بسجل صحي إلكتروني) لأغراض لا تندرج ضمن العلاج، أو السداد، أو عمليات الرعاية الصحية، أو بعض الأنشطة الأخرى المُحدّدة. وسنزودك بتاريخ كل إفصاح، واسم الشخص أو الجهة التي تم الإفصاح لها عن PHI الخاصة بك، ووصف لـ PHI الخاصة بك التي تم الإفصاح عنها، وسبب الإفصاح، وغيرها من البيانات ذات الصلة. وإذا طلبت هذه القائمة أكثر من مرة خلال فترة اثني عشر (12) شهراً، فقد نعرض رسماً معقولاً يستند إلى التكلفة الفعلية للاستجابة للطلبات الإضافية.

ويمكنك طلب هذا البيان بتقديم طلب كتابي باستخدام بيانات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار. ويجوز أن يشمل طلبك الإفصاحات التي تمت خلال فترة تصل إلى ست (6) سنوات سابقة على تاريخ الطلب (وثلاث (3) سنوات في حال كان الإفصاح متعلقاً بسجل صحي إلكتروني).

طلبات التقييد: يحق لك أن تطلب منا فرض قيود إضافية على استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها. لسنا ملزمين بالموافقة على هذه القيود الإضافية، غير أننا إذا وافقنا عليها، فسوف نلتزم بما تم الاتفاق عليه (باستثناء حالات الطوارئ). ويجب أن يكون أي اتفاق على فرض قيود إضافية مكتوباً وموقعاً من شخص مُخوّل بإبرام مثل هذا الاتفاق نيابةً عنا. ولا نتحمل المسؤولية عن أي استخدام أو إفصاح يتم خارج نطاق القيد المطلوب ما لم يكن اتفاق التقييد مكتوباً. ويجوز لنا إنهاء اتفاقنا بشأن القيد المطلوب بإخطارك بذلك كتابياً.

ويمكنك طلب فرض قيد من خلال تقديم طلب كتابي باستخدام بيانات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار. ويجب أن يتضمن طلبك ما يلي: (1) تحديد المعلومات التي ترغب في تقييد استخدامها أو الإفصاح عنها؛ و(2) بيان كيفية التي ترغب بها في تقييد استخدامنا و/أو إفصاحنا عن تلك المعلومات.

المراسلات السرية: إذا كنت تعتقد أن الإفصاح عن كل أو جزء من PHI الخاصة بك قد يُعرضك للخطر، فيحق لك أن تطلب منا التواصل معك بشأن PHI بطريقة سرية. ويعني ذلك أنه يمكنك أن تطلب إرسال المعلومات إليك بوسيلة بديلة أو إلى عنوان بديل. ويلزمنا الاستجابة لطلبك إذا كان معقولاً، ويتضمن تحديد الوسيلة البديلة أو الموقع البديل، ويُبين كيفية التعامل مع مسائل السداد (الأقساط والمطالبات). ويمكنك طلب المراسلات السرية بتقديم طلب كتابي باستخدام بيانات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار.

حق طلب التعديل: يحق لك أن تطلب منا تعديل PHI الخاصة بك. ويجب أن يكون طلبك مكتوباً، وأن يوضح أسباب طلب التعديل. ويجوز لنا رفض طلبك إذا لم تكن نحن الجهة التي أنشأت المعلومات المطلوب تعديلها، أو لأسباب أخرى يجيزها القانون. وإذا رفضنا طلبك، فسوف نكتبك لتفسير مكتوب لسبب الرفض. ويجوز لك، عندئذٍ، تقديم بيان اعتراض يُرفق بالمعلومات التي طلبت تعديلها. وإذا وافقتنا على طلب التعديل، فسنبذل جهوداً معقولة لإبلاغ الآخرين، بما في ذلك الأشخاص الذين تسميهم، بهذا التعديل، كما سنُضَمِّن التغييرات في أي إفصاحات مستقبلية عن تلك المعلومات.

الإشعار الإلكتروني: حتى إذا وافقت على استلام هذا الإشعار عبر موقعنا الإلكتروني أو بالبريد الإلكتروني، يظل من حَقك الحصول على نسخة ورقية منه. يُرجى التواصل معنا باستخدام بيانات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار للحصول على نسخة مطبوعة. وإذا تَعدَّر تسليم الإشعار عبر البريد الإلكتروني وكنا على علم بذلك التَعدُّر، فسوف نرفق لك نسخة ورقية من هذا الإشعار.

إخطار بخرق المعلومات الصحية المحمية غير المؤمَّنة:

يجب إخطارك في حال وقوع خرق يتعلَّق بـ PHI غير مؤمَّنة. ويُقصد بـ "الخرق" أي استحواذ، أو وصول، أو استخدام، أو إفصاح عن PHI على نحو يُعرِّض أمنها أو خصوصيتها للخطر.

وتُعدُّ PHI الخاصة بك مُعرَّضة للخطر إذا كان الخرق ينطوي على احتمال جسيم بوقوع ضرر مالي، أو إساءة إلى سمعتك، أو أي ضرر آخر قد يلحق بك. ولا يشمل ذلك حالات الإفصاح التي تتم بحسن نية أو عن غير قصد، أو الحالات التي لا توجد فيها وسيلة معقولة للاحتفاظ بالمعلومات. ويجب إخطارك بواقعة الخرق في أقرب وقت ممكن، وعلى ألا يتجاوز ذلك ستين (60) يوماً من تاريخ اكتشافه.

الأسئلة والشكاوى

معلومات حول ممارسات الخصوصية الخاصة بالخطط الصحية لحكومة مقاطعة فيرفاكس: إذا رغبت في الحصول على مزيد من المعلومات بشأن ممارساتنا المتعلقة بالخصوصية، أو كانت لديك استفسارات أو مخاوف، فيمكنك الاتصال برقم خدمة الأعضاء المُدوَّن على ظهر بطاقة التأمين الخاصة بك، أو التواصل معنا على العنوان المُبيَّن أدناه.

تقديم شكوى: إذا كنت ترى أننا قد انتهكنا حقوقك المتعلقة بالخصوصية، أو إذا كنت لا توافق على قرار اتخذناه بشأن أحد حقوقك، فيمكنك استخدام بيانات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار لتقديم شكوى إلينا، كما يجوز لك تقديم شكوى خطية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (Department of Health and Human Services, DHHS) في الولايات المتحدة الأمريكية على العنوان المُبيَّن أدناه.

نحن ندعم حَقك في حماية خصوصية معلوماتك الصحية والمالية. ولن نتخذ أي إجراء انتقامي ضدك إذا اخترت تقديم شكوى إلينا أو إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة الأمريكية.

معلومات الاتصال

جهة الاتصال المعنية بقانون HIPAA

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

البريد الإلكتروني: DHRBenefitsDivision@fairfaxcounty.gov

fairfaxcounty.gov/hr/department-human-resources-employee-benefits

مدير الامتثال لقانون HIPAA – مقاطعة فيرفاكس

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

703-324-2164 — الهاتف النصي: 711 أو www.fairfaxcounty.gov/hipaa

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
مركز استجابة العملاء: 800-368-1019
الفاكس: 202-619-3818 — الهاتف النصي: 800-537-7697
البريد الإلكتروني: ocrmail@hhs.gov