

إشعار ممارسات الخصوصية لدى WelbeHealth

يوضح هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. لذا، يُرجى قراءته بعناية.

تشارك جميع الجهات المشمولة التي تمتلكها أو تُديرها أو تُشرف عليها، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، شركة Welbe Health, LLC (WelbeHealth)، في ترتيب رعاية صحية منظم (Organized Health Care Arrangement, OHCA) يُعرف باسم WelbeHealth OHCA. وقد صدر هذا الإشعار بشكل مشترك عن جميع الجهات الأعضاء في WelbeHealth OHCA. تتيح المشاركة في WelbeHealth OHCA للجهات المشاركة تبادل المعلومات الصحية المحمية (protected health information, PHI) فيما بينها لأغراض العلاج والساد وأنشطة عمليات الرعاية الصحية المشتركة. وقد تشمل هذه الأنشطة إدارة الفوترة والشؤون المالية، وتبادل المعلومات الصحية، وتحسين الجودة، وإدارة المخاطر. تُعد PHI أو "السجلات الصحية" معلومات تتعلق بك وبحالتك الصحية. وتلتزم WelbeHealth وجميع موظفيها بالامتنال لما ورد في هذا الإشعار.

كيف تستخدم WelbeHealth معلوماتك الصحية المحمية (PHI) أو تشاركها

لأغراض العلاج

يجوز لـ WelbeHealth استخدام سجلاتك الصحية أو مشاركتها لتقديم الرعاية والخدمات لك وتنسيقها. كما يجوز لـ WelbeHealth مشاركة السجلات الصحية مع مقدمي الرعاية الآخرين المشاركين في رعايتك. على سبيل المثال، قد ترسل WelbeHealth سجلاتك الصحية إلى طبيب آخر كجزء من عملية إحالتك إليه أو عند إنهاء اشتراكك في البرنامج.

لأغراض السداد

يجوز لـ WelbeHealth استخدام سجلاتك الصحية لأغراض إعداد فواتير الخدمات. فعلى سبيل المثال، قد تشارك WelbeHealth سجلاتك الصحية مع شركة تأمين أو جهة حكومية للتأكد من أهليتك للحصول على التغطية أو لضمان سداد المستحقات بصورة صحيحة.

لأغراض عمليات الرعاية الصحية

يجوز لـ WelbeHealth استخدام سجلاتك الصحية ومشاركتها لأغراض عمليات الرعاية الصحية. وقد تشمل أمثلة عمليات الرعاية الصحية التخطيط للأعمال، ومعالجة الشكاوى، والامتثال للمتطلبات التنظيمية، وتحسين الجودة، والتدريب، أو التواصل معك عند الضرورة. كما قد تشمل عمليات الرعاية الصحية مشاركة PHI الخاصة بك مع جهات أخرى (شركاء الأعمال) لأغراض نفسها.

مع أفراد أسرته أو ممثلك أو غيرهم من الأشخاص المشاركين في رعايتك

يجوز لـ WelbeHealth مشاركة سجلاتك الصحية مع الأشخاص الذين قمت بتحديدهم، أو الذين يساعدون في رعايتك، أو الذين قد يتخذون قرارات نيابةً عنك. وفي بعض الحالات، يمكنك توجيه WelbeHealth بعدم مشاركة معلوماتك مع أشخاص معينين. وفي حالات نادرة، قد تقتضي الضرورة أن تشارك WelbeHealth معلوماتك مع آخرين دون الحصول على إذنك. وقد يحدث ذلك في حالات الطوارئ أو إذا رأى مقدم الرعاية الخاص بك أن ذلك يحقق مصلحتك الفضلى.

وفقاً لما يقتضيه القانون أو يسمح به

تلتزم WelbeHealth بمشاركة سجلاتك الصحية إذا كان قانون الولاية أو القانون الفيدرالي يقتضي ذلك. كما يجوز لها مشاركة سجلاتك الصحية في الحالات التي يسمح بها القانون للأسباب التالية:

- للمساعدة في معالجة قضية تتعلق بالصحة العامة أو السلامة العامة
- للإبلاغ عن حالات إساءة المعاملة المشتبه بها أو أي جريمة أخرى
- للحيلولة دون وقوع تهديد خطير لصحة أي شخص أو سلامته
- للتعاون مع محققى الوفيات، والأطباء الشرعيين، ومديري خدمات الجنازات

- لإجراء البحوث
- للاستجابة لطلبات حكومية أخرى
- للاستجابة لأوامر قضائية أو إدارية، أو امتثالاً لأمر استدعاء رسمي

تفاصيل إضافية بشأن معلوماتك الصحية

تفويض كتابي

يتطلب استخدام WelbeHealth لسجلاتك الصحية أو مشاركتها على نحو غير موضح في هذا الإشعار الحصول على موافقتك أو تفويض كتابي مسبق. ويجوز لك تعديل هذه الموافقة في أي وقت، ولن يؤثر ذلك في الرعاية أو الخدمات المقدمة لك.

المعلومات الطبية الحساسة

وفقاً لما تفرضه بعض قوانين الولايات والقوانين الفيدرالية، تطبق WelbeHealth تدابير حماية إضافية على أنواع معينة من السجلات الطبية الحساسة، ومنها:

- سجلات العلاج النفسي وسجلات الصحة النفسية (وفقاً لأحكام الفصل 45 من مدونة اللوائح الفيدرالية، المادة 164.508(a)(2)، وقانون الصحة النفسية لولاية نيويورك، المادة 33.13).
- سجلات علاج اضطرابات تعاطي المواد (وفقاً لأحكام الجزء 2 من الفصل 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية).
- المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (وفقاً لأحكام المادة F-27 من قانون الصحة العامة لولاية نيويورك).
- نتائج الفحوصات والاختبارات الجينية
- المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية أو الأمراض المنقولة جنسياً

مسؤوليات WelbeHealth

تلتزم WelbeHealth وأعضاء WelbeHealth OHCA بحماية معلوماتك الخاصة. ووفقاً للقانون، ينبغي على WelbeHealth:

- الحفاظ على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية
- إخطارك على وجه السرعة في حال وقوع خرق قد يكون قد عرّض سجلاتك الصحية أو خصوصيتك أو أمن معلوماتك للخطر.
- اتباع ممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وتزويدك بنسخة منه عند طلبك

لا تقوم WelbeHealth بتأجير أو تأجير استخدام أو بيع المعلومات الصحية المحمية أو المعلومات الشخصية الخاصة بالمشاركين، مثل أرقام الهواتف، إلى جهات أخرى لأغراض التسويق. كما تلتزم WelbeHealth بجميع قوانين الخصوصية الفيدرالية وقوانين خصوصية الولايات السارية.

التعديلات على هذا الإشعار

يجوز لـ WelbeHealth تحديث هذا الإشعار من وقت لآخر. وتسري أي تحديثات على المعلومات التي تحتفظ بها WelbeHealth عنك. وإذا ترتب على هذه التحديثات تغيير جوهري في هذا الإشعار أو في حقوقك، فسيتم إخطارك بذلك. وستظل أحدث نسخة من هذا الإشعار متاحة دائماً عند الطلب، وفي مكاتبنا، وعبر الموقع الإلكتروني

<https://welbehealth.com/>

حقوقك

يحق لك ما يلي:

- الاطلاع على سجلاتك خلال 10 أيام من تقديم الطلب
- الحصول على نسخة من سجلاتك الصحية وسجلات المطالبات الخاصة بك
- أن تطلب من WelbeHealth تصحيح السجلات الصحية وسجلات المطالبات الخاصة بك إذا كانت غير دقيقة أو غير مكتملة
- طلب تلقي المراسلات بسرية، مثل التواصل معك عبر رقم هاتف أو عنوان محدد
- مطالبة WelbeHealth بتقييد المعلومات التي تستخدمها أو تشاركها عنك لأغراض العلاج أو السداد أو عمليات الرعاية الصحية
- الحصول على قائمة (كشف) بالإفصاحات التي تمت عن معلوماتك الصحية المحمية
- الحصول على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية هذا
- اختيار شخص للتصرف نيابةً عنك إذا كنت قد منحتّه توكيلاً طبياً أو تفويضاً كتابياً بذلك
- تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد انتهكت

طلبات السجلات الطبية

اطلب نسخة من سجلاتك، أو تصحيحها، أو فرض قيود على استخدامها، أو الحصول على كشف بالإفصاحات، أو طلب مراسلات سرية، يجب تقديم طلبك كتابياً إلى:

WelbeHealth
Attn: Medical Records
8399 Garvey Avenue
Rosemead, CA 91770

للمزيد من المعلومات والشكاوى

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات بشأن حقوق الخصوصية الخاصة بك، يُرجى التواصل مع WelbeHealth على الرقم 888-530-4415. لضعاف السمع، يُرجى استخدام خدمة: TTY 711

إذا كانت لديك شكوى تتعلق بحقوق الخصوصية الخاصة بك أو بكيفية استخدام WelbeHealth لمعلوماتك، فيمكنك الاتصال برقم الهاتف المذكور أعلاه أو تقديم شكواك كتابية إلى:

WelbeHealth
Attn: Privacy Officer
8399 Garvey Avenue
Rosemead, CA 91770

كما يمكن إرسال الشكاوى إلى:

Privacy Officer
California Department of Health Care Services
PO Box 997413
MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 445-4646 (الهاتف الصوتي)
(877) 735-2929 (لضعاف السمع/الصم)

أو

NJ Department of Health
Division of Health Facility Survey and Field Operations
PO Box 367
Trenton, NJ 08625
(609) 633-8980

أو

New York State Department of Health
Office of Professional Medical Conduct
Riverview Center
150 Broadway Suite 355
Albany, New York 12204-2719
(800) 663-6114

أو

Office for Civil Rights Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

تاريخ السريان ونطاق التطبيق

يسري إشعار ممارسات الخصوصية ("الإشعار") اعتبارًا من 1 مايو 2026، وينطبق على جميع المعلومات الصحية التي يحتفظ بها أو يشاركها أعضاء WelbeHealth OHCA.

إشعار عدم التمييز

تمتثل WelbeHealth لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها ولا تمارس أي تمييز غير قانوني أو استبعاد للأشخاص أو معاملة مختلفة لهم بسبب الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل أو المنشأ القومي أو الإنتماء لمجموعة عرقية أو العمر أو الإعاقة الذهنية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. للاطلاع على النص الكامل لإشعار WELBEHEALTH بشأن عدم التمييز، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <https://welbehealth.com/>.

إقرار بالاستلام — إشعار ممارسات الخصوصية

أقرّ بموجبه بأنني استلمت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية لدى WelbeHealth. وأفهم أن هذا الإشعار يوضح كيفية استخدام WelbeHealth لمعلوماتي الصحية ومشاركتها، كما يبين حقوقي المتعلقة بالخصوصية. كما أفهم أن النسخة الحالية من إشعار ممارسات الخصوصية متاحة في أي موقع تابع لـ WelbeHealth، وعلى الموقع الإلكتروني welbehealth.com، أو من خلال الاتصال على الرقم 530-4415 (888).

المشارك

التوقيع	التاريخ
---------	---------

الاسم بأحرف واضحة	تاريخ الميلاد
-------------------	---------------

المُمثل الشخصي

(إذا كنت توقع نيابةً عن المشارك، يُرجى استكمال ما يلي)

توقيع المُمثل	التاريخ
---------------	---------

الاسم بأحرف واضحة	الصلة بالمشارك
-------------------	----------------

السند القانوني (مثل: توكيل رسمي، وصاية قانونية)

FOR STAFF USE ONLY — If participant or representative declined to sign:

- ☐ Participant was offered the Notice of Privacy Practices but declined to sign.
- ☐ Notice was mailed to participant's address of record.
- ☐ Participant was unable to sign due to:

Staff Name (printed)

Date

Retain this signed acknowledgment in the participant's record for a minimum of six (6) years per 45 CFR § 164.530(j). A good faith effort to obtain acknowledgment is required under 45 CFR § 164.520(c)(2)(ii).