

WelbeHealth-ի գաղտնիության պրակտիկայի մասին ծանուցում

ԱՅՍ ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒՄ Է, ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԵԼ ԵՎ ԲԱՅԱՀԱՅՏՎԵԼ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ ԵՎ ԻՆՉՊԵՍ ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՄՈՒՏՔ ՍՏԱՆԱԼ ԱՅՍ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆԸ: Խնդրում եմ՝ ուշադիր ուսումնասիրեք այն:

Welbe Health, LLC (WelbeHealth)-ի կողմից ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն սեփականության իրավունքով պատկանող, շահագործվող կամ կառավարվող բոլոր կարգավորման ենթակա կազմակերպությունները մասնակցում են Առողջապահական ծառայությունների մատուցման կազմակերպված համակարգին (WelbeHealth (Organized Health Care Arrangement, OHCA)): Այս ծանուցումը համատեղ հրապարակվել է WelbeHealth OHCA-ի անդամների կողմից: WelbeHealth-ի OHCA-ին մասնակցությունը մասնակից կազմակերպություններին հնարավորություն է տալիս միմյանց հետ փոխանակել առողջապահական պաշտպանվող տեղեկատվություն (protected health information, PHI)՝ բուժման, վճարման և առողջապահական ծառայությունների մատուցմանն առնչվող համատեղ գործունեության նպատակներով: Այս գործողությունները ներառում են հաշվառման և ֆինանսական կառավարում, ռիսկերի գնահատում, որակի բարելավում և առողջապահական տեղեկատվության փոխանակում: Առողջական առողջության գրառումները (PHI) կամ «առողջական գրառումները» ձեր և ձեր առողջության մասին տեղեկություններ են: WelbeHealth-ը և նրա աշխատակիցները պետք է հետևեն այս ծանուցմանը:

Ինչպես կարող է WelbeHealth-ը օգտագործել կամ կիսվել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվությամբ (PHI)

Բուժման համար

WelbeHealth-ը կարող է օգտագործել կամ կիսվել ձեր առողջական գրառումներով՝ ձեզ համար խնամք և ծառայություններ մատուցելու և համակարգելու համար: WelbeHealth-ը կարող է առողջապահական գրառումներ կիսվել ձեր խնամքին ներգրավված այլ խնամողների հետ: Օրինակ՝ WelbeHealth-ը կարող է կիսվել ձեր բժշկական տվյալներով մեկ այլ բժշկի հետ, եթե ուղեգիր ստանաք կամ դուրս գաք մեր ծրագրից:

Վճարման համար

WelbeHealth-ը կարող է օգտագործել ձեր առողջական գրառումները ծառայությունների հաշվառման համար: Օրինակ, WelbeHealth-ը կարող է կիսվել ձեր բժշկական տվյալներով ձեր ապահովագրության կամ պետական գործակալության հետ՝ ձեր իրավասությունը ստուգելու կամ վճարումները կատարելու համար:

Առողջապահական գործառնությունների համար

WelbeHealth-ը կարող է օգտագործել և կիսվել ձեր առողջական գրառումներով առողջապահական գործողությունների համար: Առողջապահական գործողությունների օրինակներ կարող են ներառել բիզնեսի պլանավորումը, բողոքների լուծումը, համապատասխանությունը, որակի բարելավումը, վերապատրաստումը կամ անհրաժեշտության դեպքում ձեզ հետ կապ հաստատելը: Առողջապահական գործողությունները կարող են ներառել ձեր ԲԱԻ-ի փոխանակումը այլ կազմակերպությունների (գործընկերների) հետ նույն նպատակներով:

Ընտանիքի անդամների, ներկայացուցիչների և ձեր խնամքին առնչվող այլ անձանց հետ WelbeHealth-ը կարող է կիսվել ձեր առողջական գրառումներով ձեր կողմից նշանակված անձանց հետ, ովքեր օգնում են ձեր խնամքին կամ ովքեր կարող են որոշումներ կայացնել ձեր անունից: Երբեմն դուք կարող եք հրահանգել WelbeHealth-ին չկիսվել տեղեկատվությամբ որոշակի մարդկանց հետ: Հազվագյուտ դեպքերում WelbeHealth-ը կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր տեղեկատվությունը կիսել ուրիշների հետ առանց ձեր թույլտվության: Մենք կարող ենք սա անել արտակարգ իրավիճակում, կամ պարզապես, եթե ձեր մատակարարը կարծի, որ սա ձեզ համար ճիշտ ընտրություն է:

Օրենքով պահանջվող կամ թույլատրվածի պես

WelbeHealth-ը կկիսվի ձեր առողջական գրառումներով, եթե դա պահանջվի նահանգային կամ դաշնային օրենքով: WelbeHealth-ը կարող է օրենքով թույլատրված կարգով կիսվել ձեր առողջական գրառումներով հետևյալ պատճառներով՝

- Հանրային առողջության կամ անվտանգության հարցում օգնելու համար
- Հաղորդել կասկածելի բռնության կամ այլ հանցագործության մասին
- Որևէ մեկի առողջությանը և անվտանգությանը լուրջ սպառնալիքից խուսափելու համար
- Աշխատել դատաբժիշկների, դատաբժշկական փորձագետների և հուղարկավորության կազմակերպիչների հետ
- Հետազոտություն իրականացնելու համար
- Կառավարության այլ հարցումներին պատասխանելու համար
- Դատարանի կամ վարչական որոշումներին կամ դատական կանչին արձագանքելու համար

Լրացուցիչ մանրամասներ ձեր առողջական տեղեկատվության վերաբերյալ

Գրավոր թույլտվություն

WelbeHealth-ին անհրաժեշտ է Ձեր գրավոր թույլտվությունը կամ լիազորությունը՝ Ձեր առողջապահական գրառումները այս ծանուցման մեջ չնշված ձևով կիսելու կամ օգտագործելու համար: Դուք կարող եք փոխել ձեր միտքը ցանկացած պահի, և դա չի ազդի ձեր խնամքի կամ ծառայությունների վրա:

Զգայուն բժշկական տեղեկատվություն

Ինչպես պահանջվում է որոշ նահանգային և դաշնային օրենքներով, WelbeHealth-ը լրացուցիչ պաշտպանություններ ունի որոշակի տեսակի զգայուն բժշկական գրառումների համար, ինչպիսիք են՝

- Հոգեթերապևտիկ նշումներ և հոգեկան առողջության գրառումներ (ենթակա են 45 CFR § 164.508(a)(2)-ին և Նյու Յորքի հոգեկան հիգիենայի օրենքի § 33.13-ին)
- Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման բուժման գրառումներ (ենթակա է 42 CFR Մաս 2-ին)
- ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ տեղեկատվություն (ենթարկվում է Նյու Յորքի հանրային առողջապահության օրենքի 27-F հոդվածին)
- Գենետիկական թեստավորման արդյունքներ
- Տեղեկատվություն վերարտադրողական առողջության կամ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների մասին

WelbeHealth-ի պարտականությունները

WelbeHealth-ը և WelbeHealth OHCA-ի անդամները հանձնառու են պաշտպանել ձեր անձնական տեղեկությունները: Օրենքի համաձայն, WelbeHealth-ը պարտավոր է՝

- Պահպանել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության գաղտնիությունն ու անվտանգությունը
- Անհապաղ տեղեկացնել ձեզ, եթե տեղի է ունեցել խախտում, որը կարող է վտանգել ձեր առողջական գրառումները, գաղտնիությունը կամ անվտանգությունը
- Հետևել այս ծանուցման մեջ նկարագրված գաղտնիության պրակտիկային և ձեր պահանջով ձեզ կտրամադրենք դրա պատճենը:

WelbeHealth-ը մարքեթինգային նպատակներով չի վարձակալում, չի տրամադրում կամ չի վաճառում մասնակիցների PHI-ն կամ անձնական տեղեկությունները, ինչպիսիք են հեռախոսահամարները, այլ կազմակերպություններին: WelbeHealth-ը պահպանում է գաղտնիության վերաբերյալ նահանգային և դաշնային բոլոր կիրառելի օրենքները:

Փոփոխություններ այս Ծանուցման մեջ

WelbeHealth-ը կարող է թարմացնել այս ծանուցումը: Ցանկացած թարմացում կվերաբերի WelbeHealth-ի կողմից ձեր մասին ունեցած տեղեկատվությանը: Եթե այդ թարմացումները էականորեն փոխում են սույն Ծանուցումը կամ Ձեր իրավունքները, ապա Դուք կտեղեկացվեք այդ մասին: Ամենաթարմ տարբերակը միշտ հասանելի կլինի պահանջի դեպքում, մեր գրասենյակներում և առցանց՝ <https://welbehealth.com/> հասցեով:

Ձեր իրավունքները

Դուք իրավունք ունեք՝

- Ստուգել ձեր գրառումները հարցումը ներկայացնելուց հետո 10 օրվա ընթացքում
- Ստացել ձեր առողջության և հայցերի գրառումների պատճենը
- Խնդրել WelbeHealth-ին ուղղել առողջական վիճակի և փոխհատուցման հայցերի վերաբերյալ գրառումները, եթե դրանք ոչ ճշգրիտ են կամ թերի:
- Խնդրել մեզ կապ հաստատել ձեզ հետ որոշակի եղանակներով, օրինակ՝ օգտագործելով որոշակի հեռախոսահամար կամ փոստային հասցե:
- Խնդրել WelbeHealth-ին սահմանափակել ձեր մասին օգտագործվող կամ կիսվող տեղեկատվությունը բուժման, վճարման կամ առողջապահական գործողությունների համար:
- Ստացել ձեր PHI-ի բացահայտումների ցանկը (հաշվապահական հաշվառում)
- Ստացել այս Գաղտնիության գործելակերպի մասին ծանուցման պատճենը
- Ընտրել մեկին, որը կգործի ձեր անունից, եթե դուք նրան տվել եք բժշկական լիազորագիր կամ գրավոր լիազորագիր:
- Բողոք ներկայացրել, եթե կարծում եք, որ ձեր գաղտնիության իրավունքները խախտվել են

Բժշկական գրառումների հարցումներ

Ձեր գրառումների պատճենը, ձեր գրառումների ուղղումը, ձեր գրառումների սահմանափակումները, բացահայտումների հաշվառումը կամ գաղտնի հաղորդակցությունները պահանջելու համար դուք պետք է ձեր գրավոր հարցումը ներկայացնեք հետևյալ հասցեով՝

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

Լրացուցիչ տեղեկություններ և բողոքներ

Եթե ունեք որևէ հարց այս Ծանուցման վերաբերյալ կամ ցանկանում եք ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ ձեր գաղտնիության իրավունքների վերաբերյալ, խնդրում ենք կապվել WelbeHealth-ի հետ՝ (888) 530-4415 հեռախոսահամարով: Լսողության խնդիրներ ունեցողների համար խնդրում ենք օգտագործել TTY 711:

Եթե դուք ունեք բողոք ձեր գաղտնիության իրավունքների կամ WelbeHealth-ի կողմից ձեր տեղեկատվության օգտագործման վերաբերյալ, կարող եք զանգահարել վերը նշված հեռախոսահամարով կամ գրավոր ներկայացնել այն հետևյալ հասցեով՝



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

Բողոքները կարող են նաև ուղարկվել հետևյալ հասցեով.

Privacy Officer
California Department of Health Care Services
PO Box 997413
MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 445-4646 (Ձայն)
(877) 735-2929 (TTY/TDD)

ԿԱՄ

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

ԿԱՄ

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

ԿԱՄ

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

Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը և կիրառելիությունը

Գաղտնիության պրակտիկայի այս ծանուցումը ուժի մեջ է մտնում 2026 թվականի մայիսի 1-ից և վերաբերում է WelbeHealth OHCA-ի անդամների կողմից պահպանվող կամ կիսվող բոլոր առողջապահական տեղեկություններին:

Անխտրականության մասին ծանուցում

WelbeHealth-ը համապատասխանում է քաղաքացիական իրավունքների կիրառելի նահանգային և դաշնային օրենքներին և անօրինական կերպով խտրականություն չի դրսևորում, չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերում նրանց սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային պատկանելիության, էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով: WelbeHealth-ի խտրականության դեմ ուղղված ամբողջական ծանուցումը տեսնելու համար այցելեք <https://welbehealth.com/>. կայքը:

Ստացման հաստատում – Գաղտնիության պրակտիկայի մասին ծանուցում

Ես հաստատում եմ, որ ստացել եմ WelbeHealth-ի Գաղտնիության պրակտիկայի մասին ծանուցման պատճենը: Ես հասկանում եմ, որ այն նկարագրում է, թե ինչպես WelbeHealth-ը կարող է օգտագործել և կիսվել իմ առողջական տեղեկատվությամբ և բացատրում է իմ գաղտնիության իրավունքները: Ես հասկանում եմ, որ Գաղտնիության գործելակերպի ներկայիս ծանուցման պատճենը հասանելի է WelbeHealth-ի ցանկացած մասնաճյուղում և welbehealth.com կայքում, կամ զանգահարելով (888) 530-4415 հեռախոսահամարով:

ՄԱՍՆԱԿԻՑ

Ստորագրություն

Ամսաթիվ՝

Տպագիր Անուն

Ծննդյան ամսաթիվ՝

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉ

(Եթե ստորագրում եք մասնակցի անունից, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը)

Ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ամսաթիվ՝

Տպագիր Անուն

Անուն/փոխհարաբերություններ
մասնակցի հետ.

Լիազորություն (օրինակ՝ լիազորագիր, օրինական խնամակալ)

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).