

اطلاعیه اصول حریم خصوصی

این اطلاعیه توضیح می دهد که اطلاعات درمانی مربوط به شما چگونه ممکن است مورد استفاده قرار گیرد و افشا شود، و شما چگونه می توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً آن را با دقت مرور کنید.

همه نهادهای تحت پوشش که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم متعلق به Welbe Health, LLC (WelbeHealth) هستند، یا از سوی آن اجرا یا مدیریت می شوند، در یک طرح مراقبت سلامت سازمان یافته (WelbeHealth OHCA) شرکت می کنند. این اطلاعیه به صورت مشترک از سوی اعضای WelbeHealth OHCA صادر می شود. مشارکت در WelbeHealth OHCA به نهادهای شرکت کننده اجازه می دهد اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) را برای اهداف درمان، پرداخت و فعالیت های مشترک در زمینه اقدامات مراقبت سلامت با یکدیگر به اشتراک بگذارند. این فعالیت ها ممکن است شامل مدیریت صدور صورتحساب و امور مالی، تبادل اطلاعات سلامت، بهبود کیفیت و مدیریت ریسک باشد. PHI یا «سوابق سلامت»، اطلاعاتی درباره شما و وضعیت سلامتتان هستند. WelbeHealth و کارمندان آن باید مفاد این اطلاعیه را رعایت کنند.

WelbeHealth چگونه ممکن است از اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) شما استفاده کند یا به اشتراک بگذارد؟

برای درمان

WelbeHealth ممکن است برای ارائه و هماهنگی مراقبت و خدمات برای شما، از سوابق سلامت شما استفاده کند یا آنها را به اشتراک بگذارد. WelbeHealth ممکن است سوابق سلامت شما را با سایر مراقبان شرکت کننده در مراقبت شما به اشتراک بگذارد. مثلاً WelbeHealth ممکن است به عنوان بخشی از یک ارجاع یا در صورت لغو عضویت تان، سوابق سلامت شما را به یک پزشک دیگر بفرستد.

برای پرداخت

WelbeHealth ممکن است از سوابق سلامت شما برای صدور صورتحساب خدمات استفاده کند. مثلاً، WelbeHealth ممکن است سوابق سلامت شما را با یک شرکت بیمه یا یک سازمان ایالتی به اشتراک بگذارد تا صلاحیت شما را تایید کند یا پرداخت مناسب را تضمین کند.

برای عملیات مراقبت سلامت

WelbeHealth ممکن است از سوابق سلامت شما برای اقدامات مراقبت سلامت استفاده کند و آنها را به اشتراک بگذارد. نمونه هایی از اقدامات مراقبت سلامت ممکن است شامل برنامه ریزی تجاری، حل و فصل شکایات، سازگاری، بهبود کیفیت، آموزش یا تماس با شما در صورت لزوم باشد. اقدامات مراقبت سلامت ممکن است شامل اشتراک گذاری PHI شما با نهادهای دیگر (شرکای تجاری) برای همان اهداف باشد.

با اعضای خانواده، نمایندگان و سایر افراد شرکت کننده در مراقبت شما

WelbeHealth ممکن است سوابق سلامت شما را با افرادی که شما معرفی کرده اید، کسانی که در مراقبت شما کمک می کنند یا کسانی که ممکن است به نمایندگی از طرف شما تصمیم بگیرند به اشتراک بگذارد. بعضی مواقع می توانید از WelbeHealth بخواهید اطلاعات را با افراد مشخص به اشتراک نگذارد. در موارد نادر WelbeHealth ممکن است ملزم شود اطلاعات شما را بدون اجازه شما با دیگران به اشتراک بگذارد. این حالت ممکن است در یک وضعیت اضطراری یا زمانی که ارائه دهنده خدمات درمانی شما تشخیص دهد این کار به نفع شما است رخ دهد.

در صورت ضرورت یا اجازه قانونی

در صورت الزام قانون ایالتی یا فدرال، WelbeHealth سوابق سلامت شما را به اشتراک خواهد گذاشت. در صورت وجود مجوز قانونی، WelbeHealth ممکن است سوابق سلامت شما را به دلایل زیر به اشتراک بگذارد:

- برای کمک به یک مشکل سلامت یا ایمنی عمومی
- برای گزارش موارد مشکوک سوءاستفاده یا جرایم دیگر
- برای جلوگیری از تهدید جدی برای سلامت و ایمنی هر کس

- برای همکاری با پزشکان قانونی، بازرسان پزشکی قانونی و مسئولان تدفین
- برای انجام تحقیقات
- برای پاسخ به سایر درخواست های نهادهای دولتی
- در پاسخ به حکم دادگاه یا نهادهای رسمی، یا در پاسخ به احضاریه

اطلاعات بیشتر درباره اطلاعات سلامت شما

مجوز کتبی

برای این که WelbeHealth بتواند سوابق سلامت شما را به روشی که در این اطلاعیه ذکر نشده است، به اشتراک بگذارد یا از آنها استفاده کند، تایید یا مجوز کتبی شما لازم است. مجوزتان را هر لحظه می توانید تغییر دهید و این تغییر تاثیری بر خدمات مراقبت یا سایر خدمات شما نخواهد داشت.

اطلاعات پزشکی حساس

بر اساس برخی قوانین ایالتی و فدرال، WelbeHealth محافظت های بیشتری برای انواع مشخصی از سوابق پزشکی حساس دارد، مانند:

- یادداشت های روان درمانی و سوابق سلامت روان (مشمول قانون CFR 45 ماده 164.508(a)(2) و قانون بهداشت روان نیویورک ماده 33.13)
- سوابق درمان اختلال مصرف مواد (مشمول بخش 2 قانون CFR 42)
- اطلاعات مربوط به اچ آی وی/ایدز (مشمول ماده F-27 قانون بهداشت عمومی نیویورک)
- نتایج تست ژنتیک
- اطلاعات مربوط به سلامت باروری یا بیماری های مقاربتی

مسئولیت های WelbeHealth

WelbeHealth و اعضای WelbeHealth OHCA متعهد به حفاظت از اطلاعات خصوصی شما هستند. بر اساس قانون WelbeHealth باید اقدامات زیر را انجام دهد:

- از حریم خصوصی و امنیت اطلاعات سلامت محافظت شده شما محافظت کند
- در صورت بروز هرگونه نقض امنیتی که ممکن است سوابق سلامت، حریم خصوصی یا امنیت شما را به خطر انداخته باشد فوراً به شما اطلاع دهد
- اقدامات حریم خصوصی شرح داده شده در این اطلاعیه را رعایت کند و در صورت درخواست شما، یک نسخه از آن را در اختیارتان قرار دهد

WelbeHealth اطلاعات سلامت شخصی یا PHI شرکت کنندگان (مثلاً شماره های تلفن) را برای اهداف بازاریابی به سازمان های دیگر اجاره نمی دهد یا نمی فروشد. WelbeHealth از همه قوانین ایالتی و فدرال مربوط به حریم خصوصی پیروی می کند.

تغییرات در این اطلاعیه

WelbeHealth ممکن است این اطلاعیه را به روزرسانی کند. هرگونه به روزرسانی، اطلاعاتی را که WelbeHealth از شما در اختیار دارد شامل خواهد بود. اگر این به روزرسانی ها باعث تغییرات عمده در این اطلاعیه یا حقوق شما شوند، به شما اطلاع داده خواهد شد. نسخه به روز، همیشه در صورت درخواست، در دفاتر ما و به صورت آنلاین در سایت <https://welbehealth.com/> قابل دریافت خواهد بود.

حقوق شما

شما از این حقوق برخوردار هستید:

- در مدت 10 روز پس از ارسال درخواست، سوابقتان را بررسی کنید
- یک کپی از سوابق سلامت و مطالباتتان را دریافت کنید
- در صورت نادرست یا ناقص بودن سوابق سلامت و مطالبات، از WelbeHealth بخواهید آنها را اصلاح یا تکمیل کند.
- درخواست کنید ارتباطات محرمانه، مانند تماس با شما، از طریق یک شماره تلفن یا آدرس مشخص انجام شود
- از WelbeHealth بخواهید اطلاعاتی را که برای درمان، پرداخت یا اقدامات مراقبت سلامت شما استفاده می کند یا به اشتراک می گذارد محدود کند
- فهرستی (گزارشی) از موارد افشای اطلاعات شخصی تان را دریافت کنید
- یک نسخه از این اطلاعات مربوط به اقدامات حریم خصوصی را دریافت کنید
- برای انجام امور پزشکی تان، کسی را که وکالتنامه پزشکی یا مجوز کتبی به او داده اید انتخاب کنید
- اگر فکر می کنید حقوق حریم خصوصی تان نقض شده است، شکایت کنید

درخواست های سوابق پزشکی

برای درخواست کپی سوابق، اصلاح سوابق، اعمال محدودیت بر سوابق، گزارش موارد افشا یا ارتباطات محرمانه، باید درخواستتان را به صورت کتبی به آدرس زیر بفرستید:

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

اطلاعات بیشتر و شکایات

اگر درباره این اطلاعات پرسشی دارید یا می خواهید اطلاعات بیشتری درباره حقوق حریم خصوصی تان دریافت کنید، با WelbeHealth به شماره 888-530-4415 تماس بگیرید. برای افراد کم شنوا از 711 TTY استفاده کنید.

اگر درباره حقوق حریم خصوصی تان یا نحوه استفاده WelbeHealth از اطلاعاتتان شکایتی دارید، می توانید با شماره تلفن بالا تماس بگیرید یا شکایت کتبی تان به آدرس زیر بفرستید:

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

شکایات را همچنین می توانید به آدرس زیر بفرستید:

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

یا



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

یا

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

یا

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

تاریخ آغاز اعتبار و قابلیت اجرا

این اطلاعیه مربوط به اصول حریم خصوصی از تاریخ 1 می 2026 معتبر است و همه اطلاعات سلامت را که از سوی اعضای WelbeHealth OHCA نگهداری یا به اشتراک گذاشته می شوند شامل می شود.

اطلاعیه عدم تبعیض

شرکت WelbeHealth با رعایت قوانین مدنی ایالتی و فدرال، هیچ فردی را به دلیل جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل و نسب، ملیت، هویت قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسیتی یا گرایش جنسی مورد تبعیض، محرومیت یا رفتار متفاوت قرار نمی دهد. برای مشاهده کل اطلاعیه عدم تبعیض WelbeHealth به سایت <https://welbehealth.com> مراجعه کنید.

تایید دریافت — اصول حریم خصوصی

من تأیید می کنم که یک نسخه از اطلاعیه اصول حریم خصوصی WelbeHealth را دریافت کرده ام. من می دانم که این اعلامیه شامل توضیحاتی درباره نحوه استفاده و اشتراک گذاری اطلاعات سلامت من توسط WelbeHealth و حقوق حریم خصوصی من است. من می دانم که یک نسخه از این اطلاعیه اصول حریم خصوصی در هر کدام از دفاتر WelbeHealth و در سایت welbehealth.com یا از طریق تماس با شماره 4415-530 (888) قابل دریافت است.

شرکت کننده

امضاء	تاریخ
-------	-------

نام با حروف بزرگ	تاریخ تولد
------------------	------------

نماینده شخصی

(اگر از طرف شرکت کننده امضا می کنید، موارد زیر را تکمیل کنید)

امضاء نماینده	تاریخ
---------------	-------

نام با حروف بزرگ	نسبت با شرکت کننده
------------------	--------------------

مجوز (مثلاً وکالتنامه، سرپرست قانونی)

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).