

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

الموقع الإلكتروني: www.metroplus.org

هاتف عام: 1-800-303-9626

الهاتف النصي: 711

البريد الإلكتروني: PrivacyOfficer@metroplus.org



معلوماتك.

حقوقك.

مسؤولياتنا.

يوضح هذا الإشعار كيف سيتم استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها وكذلك كيفية الحصول على حق الوصول إلى هذه المعلومات. لذا نرجو منك مراجعته بعناية.

حقوقك

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، تكون لديك حقوق مُحدّدة. يشرح هذا الجزء حقوقك وبعضًا من مسؤولياتنا فيما يتعلق بمساعدتك.

- يمكنك طلب الاطلاع على السجلات الصحية وسجلات المطالبات الخاصة بك وغيرها من المعلومات الصحية لدينا عنك أو الحصول على نسخة منها. اسألنا كيف تفعل ذلك.
- سنقدم لك نسخة أو ملخصًا للسجلات الصحية والمطالبات الخاصة بك، ويكون ذلك عادةً في غضون 30 يومًا من تاريخ تقديم الطلب. سنقوم بتحصيل رسوم قدرها 0.75 دولار أمريكي (75 سنتًا) لكل صفحة من النسخ التي تطلبها.

الحصول على نسخة من
السجلات الصحية وسجلات
المطالبات الخاصة بك

- يمكنك أن تطلب منا تصحيح السجلات الصحية وسجلات المطالبات إذا كنت تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة. اسألنا كيف تفعل ذلك.
- يجوز لنا "رفض" طلبك، لكننا سنخبرك بسبب الرفض كتابةً خلال 60 يومًا.

طلب تصحيح السجلات الصحية
وسجلات المطالبات

- يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك بطريقة مُحدّدة (على سبيل المثال، عن طريق هاتف المنزل أو هاتف العمل) أو إرسال البريد إلى عنوان مختلف.
- سننظر في جميع الطلبات المعقولة، ويجب أن "نوافق" إذا أخبرتنا أنك ستكون في خطر إن لم نقم بذلك.

طلب إجراء الاتصالات بشكل
سري

يستكمل في الصفحة التالية

- طلب تقييد ما نستخدمه أو نشاركه
- يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام معلومات صحية مُحدّدة أو مشاركتها لأغراض العلاج، أو السداد، أو العمليات الخاصة بنا.
- إننا لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك، وقد "نرفض" ذلك، إذا كان سيؤثر على رعايتك.

- الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا المعلومات معها
- يمكنك أن تطلب الحصول على قائمة (بيان كيفية التصرف) بالمرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية لمدة ست سنوات قبل التاريخ الذي قدّمت فيه الطلب، ومع من تمت مشاركتها، ولماذا.
- سنقوم بإرفاق جميع حالات الإفصاح باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج، والسداد، وعمليات الرعاية الصحية، وبعض حالات الإفصاح الأخرى (مثل أي حالات إفصاح أخرى طلبت منا تقديمها). سنقدم بياناً واحداً بكيفية التصرف مجاًئاً كل عام، ولكننا سنفرض رسوماً معقولة على أساس التكلفة إذا طلبت الحصول على بيان آخر خلال 12 شهراً.
- لطلب إجراء الاتصالات بشكلٍ سري، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم: 1-800-303-9626 (الهاتف النصي: 711). يجب أن تكون الطلبات المتعلقة بتغيير هذا النوع من طلبات إجراء الاتصالات بشكلٍ سري أو تعديله مكتوبة ويجب إرسالها إلى العنوان الوارد أدناه.

- الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا
- يمكنك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونياً. سنقدّم لك نسخة ورقية على الفور. يمكنك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت من خلال الاتصال على قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-303-9626 (الهاتف النصي: 711).

- اختيار شخص يتصرف نيابة عنك
- إذا أعطيت شخصاً ما توكيلاً طبيّاً أو إذا كان هناك شخص ما يمثل الوصي القانوني بالنسبة لك، فإنه يمكن لذلك الشخص ممارسة الحقوق واتخاذ القرارات الخاصة بك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية.
- سنأكد من أن الشخص لديه هذه السلطة ويمكنه التصرف نيابة عنك قبل اتخاذ أي إجراء.

- النقدّم بشكوى إذا شعرت أنه قد تم انتهاك حقوقك
- يمكنك تقديم شكوى إذا شعرت بأننا انتهكنا حقوقك من خلال الاتصال بنا باستخدام المعلومات الواردة في الصفحة 1.
- يمكنك تقديم شكوى لدى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية من خلال إرسال خطاب إلى العنوان التالي: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال على الرقم: 1-877-696-6775 أو زيارة الموقع الإلكتروني: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. لن نقوم بممارسة أي تصرف انتقامي ضدك بسبب تقديمك للشكوى.

يستكمل في الصفحة التالية

حقوقك (تابع)

الأعضاء السابقون

- إذا انتهت عضويتك في خطة MetroPlusHealth، فستظل المعلومات الخاصة بك محمية وفقاً للسياسات والإجراءات التي تسري على الأعضاء الحاليين.

اختيارك

فيما يتعلق بمعلومات صحية معينة، يمكنك إخبارنا باختياراتك بشأن ما نقوم بمشاركته. إذا كانت لديك تفضيلات واضحة فيما يتعلق بكيفية مشاركة معلوماتك في المواقف الموضحة أدناه، فتحدّث إلينا بشأن ذلك. أخبرنا بما تريد منا أن نقوم به، وسنتبع تعليماتك.

- مشاركة المعلومات مع أسرتك، أو أصدقائك المقربين، أو غيرهم من المشاركين في دفع تكاليف رعايتك.
 - مشاركة المعلومات في حالة الإغاثة في حالات الكوارث.
- إذا لم تكن قادرًا على إخبارنا بما تفضله، على سبيل المثال إذا كنت فاقداً للوعي، فيجوز لنا ن نمضي قدماً ونشارك معلوماتك إذا كنا نعتقد أن ذلك في مصلحتك. يجوز لنا أيضاً مشاركة معلوماتك عند الحاجة للحد من تأثير تهديد خطير ووشيك للصحة أو السلامة.

- في هذه الحالات، لا نشارك معلوماتك أبداً ما لم تمنحنا إذنًا مكتوبًا:
- الأغراض التسويقية
- بيع المعلومات الخاصة بك

الاستخدامات وحالات الإفصاح

كيف نقوم عادة باستخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها؟ عادةً ما نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها بالطرق التالية.

- المساعدة في إدارة علاج الرعاية الصحية الذي تحصل عليه
 - يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها مع المتخصصين الذين يعالجونك.
 - المنتجات أو البرامج المتعلقة بالصحة: يجوز لـ MetroPlusHealth تقديم معلوماتك المتعلقة بالعلاجات ومنتجات البرامج والخدمات الطبية.
- مثلاً: يرسل لنا الطبيب معلومات حول تشخيص حالتك وخطة العلاج الخاصة بك حتى نتمكن من ترتيب خدمات إضافية.

يستكمل في الصفحة التالية

تخضع المعلومات المُقدّمة لك لأي قيود مفروضة بموجب القانون.

- تذكيرات: قد تستخدم MetroPlusHealth المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك وتفصح عنها (على سبيل المثال، عن طريق الاتصال بك، أو إرسال رسالة نصية إليك، أو إرسال خطاب لك) لتذكيرك بموعد تلقّي العلاج، أو بأنه قد حان الوقت لتحديد موعد للفحص الطبي العام المنتظم، أو لتلقي اللقاحات، أو لتقديم معلومات عن البدائل العلاجية ("الخيارات") أو غير ذلك من الخدمات والمزايا ذات الصلة بالصحة التي قد تكون مهمة بالنسبة لك.

- إدارة مؤسستنا
- يمكننا استخدام معلوماتك ومشاركتها لإدارة مؤسستنا والاتصال بك عند الضرورة.
- لا يُسمح لنا باستخدام المعلومات الوراثية لتقرير ما إذا من أجلك.
- يجوز لقسم إدارة الجودة في كندا
- سنمنحك التغطية وتكلفة تلك التغطية أم لا. لا ينطبق هذا MetroPlusHealth استخدام معلوماتك الصحية للمساعدة في تحسين جودة البرامج، والبيانات، والعمليات التجارية الخاصة بالخطة. وكمثال على ذلك، يجوز لموظفي قسم إدارة الجودة لدينا أو المراجعين من الممرضين المتعاقدين معنا مراجعة سجلك الطبي لتقييم جودة الرعاية المُقدّمة لك ولجميع أعضاء الخطة.

يستكمل في الصفحة التالية

ما الطرق الأخرى التي يمكننا من خلالها استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها؟ يُسمح لنا أو يُطلب منا مشاركة معلوماتك بطرق أخرى - ويكون ذلك عادةً بطرق تساهم في خدمة الصالح العام، مثل الصحة العامة وأنشطة الأبحاث. يجب علينا أن نستوفي العديد من الشروط التي يفرضها القانون حتى نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

إدارة خطتك	يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية لراعي خطتك الصحية لأغراض إدارة الخطة.	مثل: تتعاقد شركتك معنا لتقديم خطة صحية، ونقوم من جانبنا بتزويد شركتك بإحصائيات معينة لتوضيح ما يتعلق بالأقساط التي نتقاضها.
الدفع مقابل الخدمات الصحية	يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها بينما نقوم مثل: نقوم بمشاركة معلوماتك مع بالدفع مقابل الخدمات الصحية التي نتلقاها.	خطة علاج الأسنان الخاصة بك تنسيق الدفع مقابل خدمات علاج أسنان التي تحصل عليها.
توفير رعاية عالية الجودة وتقديم الخدمات بكفاءة	تشارك MetroPlusHealth في أنشطة تبادل المعلومات الصحية التي تديرها مؤسسة Healthix. مؤسسة Healthix هي منظمة غير ربحية تشارك المعلومات حول صحة الأشخاص إلكترونياً، وتفي بمعايير الخصوصية والأمان لقانون Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة) وقانون ولاية نيويورك. يهدف هذا الإشعار لإبلاغ مرضانا أنه كجزء من المشاركة في خدمات مؤسسة Healthix، فإن MetroPlusHealth تقوم بإرسال/تحميل المعلومات الصحية المحمية الخاصة بمرضانا إلى Healthix إلكترونياً.	
	بالإضافة إلى ذلك، يُسمح لبعض الموظفين في MetroPlusHealth بالوصول إلى معلومات المرضى من خلال Healthix وفقاً لقواعد الموافقة المعمول بها. تُمنح الموافقة على الوصول إلى Healthix عادةً على أساس كل مؤسسة على حدة. ورغم ذلك، فإن المرضى لديهم خيار رفض منح الوصول إلى جميع المؤسسات في Healthix. إذا كنت مهتماً برفض الموافقة لجميع مؤسسات Healthix للوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية، فيمكنك القيام بذلك عن طريق زيارة موقع Healthix على الويب www.healthix.org أو الاتصال بـ Healthix على الرقم 877-695-4749. تأتي المعلومات المتوفرة في Healthix عن المرضى من الأماكن التي قَدِّمت الرعاية الطبية أو من خلال معلومات التأمين الصحي (المطالبات). قد تشمل مصادر البيانات هذه المستشفيات، والأطباء، والصيديات، والمختبرات السريرية، وشركات التأمين الصحي، وبرنامج Medicaid، والمؤسسات الأخرى التي تتبادل المعلومات الصحية إلكترونياً. تتوفر قائمة مُحدّثة بمصادر البيانات تلك من خلال Healthix. يمكن للمرضى الحصول على قائمة مُحدّثة في أي وقت من خلال زيارة الموقع الإلكتروني: www.healthix.org أو عن طريق الاتصال بالرقم: 1-877-695-4749.	

يستكمل في الصفحة التالية

<p>يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية في مواقف معينة، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> o الوقاية من الأمراض. o الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية المضادة. o الإبلاغ عن الحالات المشتبه بها فيما يتعلق بسوء المعاملة، أو الإهمال، أو العنف المنزلي. o الوقاية من أو الحد من تهديد خطير لصحة أو سلامة أي شخص. 	<p>المساعدة في قضايا الصحة والسلامة العامة</p>
<p>يمكننا استخدام المعلومات الخاصة بك أو مشاركتها من أجل إجراء الأبحاث الصحية.</p>	<p>إجراء البحوث</p>
<p>سنشارك معلوماتك إذا كانت قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية تتطلب ذلك، بما في ذلك مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية إذا أرادت التأكد من أننا نلتزم بقانون الخصوصية الفيدرالي.</p>	<p>الالتزام بالقانون</p>
<p>يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها:</p> <ul style="list-style-type: none"> o من أجل مطالبات تعويض العمال o لأغراض إنفاذ القوانين أو مع أحد مسؤولي إنفاذ القوانين o مع مؤسسات المراقبة على الصحة المخولة بموجب القانون o من أجل المهام الحكومية الخاصة، مثل الخدمات العسكرية، والأمن القومي، وخدمات الحماية الرئاسية 	<p>معالجة الأمور المتعلقة بتعويض العمال، وإنفاذ القوانين، وغيرها من الطلبات الحكومية الأخرى</p>
<p>يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية استجابة لأمر محكمة، أو أمر إداري قانوني، أو استجابة لأمر استدعاء</p>	<p>الاستجابة للدعوى القضائية والإجراءات القانونية</p>
<p>يجب أن تمثل MetroPlusHealth لقوانين ولاية نيويورك الإضافية التي تتضمن مستوى أعلى من الحماية للمعلومات الشخصية، خاصة المعلومات المتعلقة بحالات أو علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ والصحة العقلية؛ واضطرابات تعاطي المخدرات؛ وتنظيم الأسرة.</p>	<p>قوانين ولاية نيويورك بشأن حالات الإفصاح عن أنواع معينة من المعلومات</p>

يستكمل في الصفحة التالية

- إننا مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية.
- سنخبرك على الفور إذا حدث خرق قد يعرض خصوصية أو أمن معلوماتك للخطر.
- يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وتزويدك بنسخة منها.

لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها بخلاف ما ورد هنا ما لم نخبرنا بذلك كتابةً. إذا أردت إخبارنا بأنه يمكننا القيام بذلك، فيمكنك تغيير رأيك في أي وقت. أخبرنا بذلك كتابةً إذا غيرت رأيك.

للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

إدخال تغييرات على بنود هذا الإشعار

يمكننا تغيير بنود هذا الإشعار، وستنطبق هذه التغييرات على جميع المعلومات التي بحوزتنا عنك. سيكون الإشعار الجديد متاحًا بناءً على طلبك، وعلى موقعنا الإلكتروني، وسنرسل إليك نسخة عبر البريد.

يسري هذا الإشعار اعتبارًا من 19 يوليو 2022.

معلومات اتصال مسؤول الخصوصية

إذا كانت لديك أسئلة حول ممارسات الخصوصية لدينا، أو إذا كنت تود تقديم شكوى، أو ممارسة حقوقك الموضحة أعلاه، فيُرجى التواصل مع:

خدمات العملاء – MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

- هاتف عام: 1-800-303-9626، 7 أيام في الأسبوع من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً
- أعضاء Medicare: 1-866-986-0356، 7 أيام في الأسبوع من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً
- الهاتف النصي: 711
- البريد الإلكتروني: PrivacyOfficer@metroplus.org