

إشعار ممارسات الخصوصية

تاريخ هذا الإشعار: 20 يوليو 2021

يوضح هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعة هذا الإشعار بعناية.

يصف هذا الإشعار ممارسات الخصوصية الخاصة بكل من Delta Dental Plan of Michigan، Delta Dental Plan of Indiana، Inc، Delta Dental Plan of Ohio، Inc، Delta Dental Plan of Kentucky، Inc، Delta Dental Plan of Arkansas، Inc، Delta Dental of New Mexico، Inc، Delta Dental of Tennessee، Renaissance Life & Health Insurance Company of America، Renaissance Life & Health Insurance Company of New York (والتي يشار إليها مجتمعة بـ "نحن") أو "ضمانات الملكية" أو "الخطة"). حددت هذه الكيانات نفسها ككيان واحد خاضع للتغطية تابع لأغراض قواعد الخصوصية بموجب قانون التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لعام 1996 ("HIPAA")، وقد وافق كل منها على الالتزام بشروط هذا الإشعار وقد تشارك معلومات الصحة المحمية مع بعضها البعض حسب الضرورة للعلاج أو الدفع أو لإجراء عمليات الرعاية الصحية، أو على النحو الذي يسمح به القانون.

تحمي قاعدة خصوصية قانون HIPAA فقط بعض المعلومات الطبية المعروفة باسم "المعلومات الصحية المحمية" ("PHI"). بشكل عام، المعلومات الصحية المحمية هي معلومات صحية يمكن تحديد هوية الفرد من خلالها، بما في ذلك المعلومات الديموغرافية التي تم جمعها منك أو التي يتلقاها مقدم الرعاية الصحية أو مركز مقاصد الرعاية الصحية أو خطة الرعاية الصحية أو صاحب العمل نيابةً عن خطة صحية جماعية تتعلق بما يلي:

- 1) صحتك أو حالتك الجسدية أو العقلية في الماضي أو الحاضر أو المستقبل؛
- 2) توفير الرعاية الصحية لك؛ أو
- 3) المدفوعات السابقة أو الحالية أو المستقبلية لتوفير الرعاية الصحية لك.

نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية وتزويدك بهذا الإشعار بواجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية. نحن ملتزمون بحماية معلوماتك الصحية.

نحن نلتزم بأحكام قانون تقنيات المعلومات الصحية للصحة الاقتصادية والإكلينيكية (HITECH). نحن نستخدم سياسة الإبلاغ عن الانتهاكات ولدينا ضمانات مناسبة لتتبع عمليات الكشف المطلوبة والوفاء بالالتزامات الإبلاغ المناسبة. سنقوم بإخطارك على الفور في حالة حدوث انتهاك قد يكون قد أضر بأمن أو خصوصية معلوماتك الصحية المحمية. بالإضافة إلى ذلك، فنحن نلتزم بمتطلبات "الحد الأدنى الضروري" الخاصة بتعديلات قانوني HIPAA و HITECH. نحن نمتثل أيضًا لجميع القوانين المعمول بها المتعلقة بالاحتفاظ بمعلوماتك الصحية المحمية وتدميرها.

لمزيد من المعلومات حول هذا الإشعار، يرجى الاطلاع على:

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

كيفية استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك والكشف عنها

تصف الفئات التالية الطرق المختلفة التي قد نستخدم بها معلوماتك الصحية المحمية أو نكشف عنها.

بالنسبة للعلاج، يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها لتسهيل العلاج الطبي أو الخدمات التي يقدمها موفر الرعاية. قد نكشف المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لموفري الرعاية، بما في ذلك أطباء الأسنان أو الأطباء أو الممرضات أو الفنيين الذين يشاركون في رعايتك. على سبيل المثال، قد نكشف عن معلومات حول الأشعة السينية السابقة على الأسنان لطبيب الأسنان لتحديد ما إذا كانت الأشعة السينية السابقة تؤثر على علاجك الحالي أم لا.

بالنسبة للدفع، يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الكشف عنها للحصول على مدفوعات مقابل علاجك والقيام بأنشطة أخرى متعلقة بالدفع، مثل تحديد الأهلية للحصول على امتيازات الخطة، والحصول على مدفوعات العميل مقابل الامتيازات، ومعالجة مطالباتك، واتخاذ قرارات التغطية، وإدارة امتيازات الخطة، وتنسيق الامتيازات.

بالنسبة لعمليات الرعاية الصحية، قد نستخدم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك ونفصح عنها لأغراض عمليات الخطة الأخرى، بما في ذلك تحديد الأسعار وإجراء أنشطة تقييم الجودة التحسين ومراجعة علاجك والحصول على الخدمات القانونية وخدمات التدقيق واكتشاف الاحتيال وإساءة الاستخدام وتخطيط الأعمال وأنشطة الإدارة العامة الأخرى. وفقًا لقانون المعلومات الجينية وعدم التمييز لعام 2008، يحظر علينا استخدام المعلومات الجينية الخاصة بك لأغراض الاكتتاب.

بالنسبة لشركاء الأعمال، قد نتعاقد مع أفراد أو كيانات معروفة باسم شركاء الأعمال لأداء وظائف مختلفة أو لتقديم أنواع معينة من الخدمات نيابة عن الخطة. من أجل أداء هذه الوظائف أو تقديم هذه الخدمات، يجوز لشركاء الأعمال تلقي و / أو إنشاء و / أو صيانة و / أو استخدام و / أو الكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك، ولكن فقط إذا وافقوا كتابيًا على الخطة لتنفيذ وسائل الحماية المناسبة فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية الخاصة بك. على سبيل المثال، قد تكشف الخطة عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك إلى شريك أعمال لإدارة المطالبات أو لتقديم خدمات الدعم، مثل إدارة الاستخدام، أو تقييم الجودة، أو الفواتير والتحويل، أو خدمات التدقيق، ولكن فقط بعد أن يبرم شريك الأعمال اتفاقية شراكة أعمال مع الخطة.

الامتيازات والخدمات المتعلقة بالصحة يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك أو الكشف عنها للتواصل معك حول الامتيازات والخدمات المتعلقة بالصحة. على سبيل المثال، قد نتواصل معك بشأن الامتيازات والخدمات المتعلقة بالصحة التي تضيف قيمة إلى خطة الرعاية الصحية التي تتعامل معها ولكنها ليست جزءًا منها.

لتجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة قد نستخدم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك ونكشفها لمنع أو تقليل تهديد خطير ووشيك لصحة أو سلامة أي شخص أو عامة الناس.

العسكريون والمحاربون القدامى إذا كنت عضوًا في القوات المسلحة، يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إذا طلبت سلطات القيادة العسكرية ذلك.

تعويض العمال يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية عند الضرورة للامتثال لبرامج تعويضات العمال أو البرامج المماثلة.

مخاطر الصحة العامة قد نكشف عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لأنشطة الصحة العامة، مثل منع الأمراض أو الإصابات أو الإعاقة أو السيطرة عليها، أو الإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال أو العنف المنزلي أو التعرض للمرض أو للعدوى.

أنشطة الرقابة الصحية يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية لمساعدة الوكالات الصحية أثناء عمليات التدقيق أو التحقيقات أو عمليات التفتيش.

الدعاوى والنزاعات إذا كنت متورطًا في دعوى قضائية أو نزاع، فقد نكشف المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك استجابةً لأمر من المحكمة أو الأمر الإداري. قد نكشف أيضًا عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك استجابةً لأمر استدعاء أو طلب اكتشاف أو أي إجراء قانوني آخر من قبل شخص آخر مشارك في النزاع، ولكن فقط إذا تم بذل جهود لإخبارك بالطلب أو للحصول على أمر يحمي المعلومات المطلوبة.

إنفاذ القانون يجوز لنا الإفراج عن المعلومات الصحية المحمية إذا طلب منا مسؤول تنفيذ القانون القيام بذلك:

- استجابةً لأمر من المحكمة، أو أمر استدعاء، أو مذكرة، أو استدعاء أو إجراء مشابه؛
- للتعرف على مشتبه به أو هارب أو شاهد مادي أو شخص مفقود أو تحديد موقعه؛
- بخصوص ضحية جرمية إذا لم تتمكن، في ظل ظروف محدودة معينة، من الحصول على موافقة الشخص؛
- بخصوص وفاة تعتقد أنها قد تكون نتيجة سلوك إجرامي؛ و
- في حالات الطوارئ للإبلاغ عن جريمة؛ مكان الجريمة أو الضحايا؛ أو هوية أو وصف أو مكان الشخص الذي ارتكب الجريمة.

القائمون على الطب الشرعي والفاحصون الطبيون ومديرو الجنازات يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية إلى الطبيب الشرعي أو الفاحص الطبي. قد يكون هذا ضروريًا، على سبيل المثال، لتحديد هوية الشخص المتوفى أو تحديد سبب الوفاة.

أنشطة الأمن القومي والاستخبارات قد نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى المسؤولين الفيدراليين المعتمدين للاستخبارات ومكافحة التجسس وأنشطة الأمن القومي الأخرى التي يصرح بها القانون.

للتخطيط للجهة الراعية قد نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى موظفين معينين في الجهة الراعية للخطة (أي الشركة) بغرض إدارة الخطة. لن يستخدم هؤلاء الموظفون معلوماتك الصحية المحمية أو يكشفوا عنها إلا عند الضرورة لأداء الوظائف الإدارية للخطة أو كما هو مطلوب بموجب قانون HIPAA.

الكشف للآخرين قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نكشف عنها لأفراد عائلتك وأصدقائك المشاركين في رعايتك أو الدفع مقابل رعايتك. يجوز لنا أيضًا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية لفرد لديه السلطة القانونية لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك.

عمليات الكشف المطلوبة

فيما يلي وصف لعمليات الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية التي يتعين على الخطة القيام بها:

وفقًا لما يقتضيه القانون سنقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية عندما يُطلب منا ذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي. على سبيل المثال، قد نكشف المعلومات الصحية المحمية عندما يُطلب منا ذلك بأمر من المحكمة في إجراءات التقاضي، مثل سوء التصرف.

عمليات التدقيق الحكومية الخطة ملزمة بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية الخاصة بك إلى سكرتير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة عندما يقوم الوزير بالتدقيق أو تحديد امتثال الخطة لقانون HIPAA.

الكشف لك بموجب طلب منك، يُطلب من الخطة أن تكشف لك عن جزء من معلوماتك الصحية المحمية التي تحتوي على السجلات الطبية وسجلات الفواتير وأي سجلات أخرى مستخدمة لاتخاذ قرارات بشأن امتيازات الرعاية الصحية الخاصة بك.

التصريح الكتابي

سوف نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو تكشف عنها فقط كما هو موضح في هذا الإشعار. ليس من الضروري أن تفعل أي شيء للسماح لنا بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية كما هو موضح هنا. إذا كنت تريد منا استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها لغرض آخر، يجب أن تصرح لنا كتابيًا بالقيام بذلك. على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لأغراض البحث إذا زودتنا بتصريح كتابي للقيام بذلك. يمكنك إلغاء التصريح الخاص بك كتابيًا في أي وقت. عندما نتلقى الإلغاء الخاص بك، سيكون ساريًا فقط للاستخدامات وعمليات الكشف المستقبلية. ولن يكون ذلك ساريًا بالنسبة لأي معلومات صحية محمية قد تكون استخدمناها أو كشفنا عنها اعتمادًا على تفويضك الكتابي. لن نبيع المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أبدًا أو نستخدمها لأغراض تسويقية بدون تصريح كتابي صريح منك. لا يمكننا ربط العلاج أو الدفع أو التسجيل في خطة الرعاية الصحية أو الأهلية للحصول على الامتيازات بموافقتك على التوقيع على التصريح.

معلومات إضافية تتعلق باستخدامات المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الكشف عنها للحصول على معلومات إضافية بشأن الطرق التي يُسمح لنا من خلالها أو تكون ملزمين بموجبها باستخدام الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية، يرجى الاطلاع على: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

حقوقك فيما يتعلق بمعلومات الصحة المحمية الخاصة بك التي نحتفظ بها

لديك الحقوق التالية فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها عنك:

حقوقك في فحص ونسخ المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك يحق لك فحص ونسخ معلوماتك الصحية المحمية. يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا وإذا طلبت نسخة من المعلومات، فقد نرفض عليك رسوماً معقولة لتغطية النفقات المرتبطة بطلبك. سيتم توفير نسخة في غضون 30 يومًا من طلبك.

قد ترفض الخطة طلبك لفحص المعلومات الصحية المحمية ونسخها في ظروف محدودة معينة. إذا تم رفض وصولك إلى المعلومات الصحية المحمية (PHI)، يمكنك طلب مراجعة الرفض عن طريق إرسال طلب كتابي إلى جهة الاتصال المذكورة أدناه.

حقوقك في تعديل معلومات غير صحيحة أو غير كاملة إذا كنت تعتقد أن معلوماتك الصحية المحمية الموجودة في الخطة عنك غير صحيحة أو غير كاملة، يمكنك أن تطلب منا تغيير معلوماتك الصحية المحمية من خلال تقديم طلب مكتوب. يجب عليك أيضًا تقديم سبب لطلبك. لسنا مطالبين بتعديل معلوماتك الصحية المحمية ولكن إذا رفضنا طلبك، فسنزدك بمعلومات حول رفضنا وكيف يمكنك عدم الموافقة على الرفض في غضون 60 يومًا من طلبك.

حقوقك في طلب قيود على عمليات الكشف عن خطط الرعاية الصحية. حيثما أمكن، يمكنك طلب وضع قيود على عمليات الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية.

حقوقك في المحاسبة عن عمليات الكشف التي قمنا بإجرائها يجوز لك طلب المحاسبة عن عمليات الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية التي أجريناها، باستثناء عمليات الكشف التي قدمناها لك أو وفقًا لتصريح كتابي منك، أو التي تم إجرائها للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا. قد يحدد طلبك فترة زمنية تصل إلى ست سنوات قبل تاريخ طلبك. سنقدم لك قائمة واحدة بعمليات الكشف لك كل 12 شهرًا مجانًا؛ وقد نرفض عليك رسوماً مقابل القوائم الإضافية.

حقوقك في طلب قيود على الاستخدامات وعمليات الكشف يحق لك طلب قيود أو حدود على الطريقة التي نستخدم بها المعلومات الصحية المحمية أو تكشف عنها. يجب عليك تقديم طلب بمثل هذه القيود كتابيًا، بما في ذلك المعلومات التي ترغب في تقييدها ونطاق التقييد والأشخاص

الذين تنطبق عليهم هذه القيود. قد نرفض طلبك.

حقوقك في طلب اتصالات سرية من خلال وسائل بديلة معقولة أو في مكان بديل يمكنك أن تطلب منا توجيه اتصالات سرية إليك بطريقة بديلة (أي عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني). يجب عليك تقديم طلبك كتابة. لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك، ولكننا سنسلي طلبك إذا كان القيام بخلاف ذلك سيعرضك لأي خطر.

حقوقك في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار

للحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار أو شرح أكثر تفصيلاً لهذه الحقوق، أرسل إلينا طلبًا كتابيًا على العنوان المذكور أدناه. يمكنك أيضًا الحصول على نسخة من هذا الإشعار من أحد مواقعنا على الويب:

www.deltadentalmi.com، أو
www.deltadentaloh.com، أو
www.deltadentalin.com، أو
www.deltadentalar.com، أو
www.deltadentalky.com، أو
www.deltadentalnc.com، أو
www.deltadentalnm.com، أو
www.deltadentaltn.com، أو
www.renaissance-dental.com.

حقوقك في تعيين ممثل شخصي

عند استلام الوثائق المناسبة لتعيين فرد ما كممثل شخصي لك أو توكيل طبي أو وصي قانوني، سيُسمح لهذا الفرد بالتصرف نيابةً عنك واتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية الخاصة بك.

التغييرات التي تطرأ على هذا الإشعار

يجوز لنا تعديل إشعار ممارسات الخصوصية هذا في أي وقت في المستقبل وجعل أحكام الإشعار الجديدة ساريةً لجميع المعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها. سنخبرك بأي تغييرات مهمة تطرأ على الإشعار. نحن مطالبون بموجب القانون بالامتثال للإصدار الحالي من هذا الإشعار.

الشكاوى

إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك أو حقوق الإخطار في حالة انتهاك معلوماتك الصحية المحمية التي تعرضت للانتهاك، يمكنك تقديم شكوى إلينا أو إلى مكتب الحقوق المدنية. يجب تقديم الشكاوى حول هذا الإشعار أو حول كيفية تعاملنا مع معلوماتك الصحية المحمية بشكل كتابي إلى مسؤول الاتصال المذكور أدناه.

يجب إرسال الشكاوى المتعلقة بمكتب الحقوق المدنية إلى Office of Civil Rights، U.S. Department of Health & Human Services، 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201، 1-877-696-6775. يمكنك أيضًا زيارة موقع OCR على الويب <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> لمزيد من المعلومات.

لن تتم معاقبتك أو الانتقام منك بأي طريقة أخرى لتقديم شكوى لدينا أو لدى مكتب الحقوق المدنية.

أرسل جميع الطلبات الكتابية المتعلقة بإشعار الخصوصية هذا إلى:

Chief Privacy Officer

P.O. Box 30416 Lansing, MI 48909-7916

517-347-5451 (يمكن لمستخدمي أجهزة اتصالات المعاقين (TTY) الاتصال على الرقم 711)

تُعد Delta Dental علامة تجارية مسجلة لشركة
Dental Plans Association Delta Dental Plans Association