



اطلاعیه تمهیدات حفظ حریم خصوصی (ALAMEDA ALLIANCE FOR HEALTH (ALLIANCE))

این اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی برای تمام اعضای Alameda Alliance for Health (Alliance) اعمال می‌شود، از جمله افرادی که در Alliance Group Care، Alliance Medi-Cal (Medicaid) و Medicare Advantage (MA) طرح نیازهای ویژه برای واجدین شرایط دوگانه (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) – Alameda Alliance Wellness ثبت‌نام کرده‌اند.

بیانیه‌ای که خط‌مشی‌ها و فرایندهای ALLIANCE را برای حفظ محرمانگی سوابق پزشکی شرح می‌دهد، موجود است و بنا به درخواست شما ارائه می‌شود. این اطلاعیه شرح می‌دهد که چگونه اطلاعات پزشکی مربوط به شما ممکن است مورد استفاده و افشا قرار گیرد و چگونه می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً آن را با دقت مطالعه کنید.

برای اهداف سیاست حفظ حریم خصوصی، اصطلاحات «Alliance»، «ما»، «ما را» و «مال ما» به Alameda Alliance for Health (Alliance) و شرکت‌های تابعه آن اشاره دارند.

Alliance موظف است اطلاعات شما را به صورت محرمانه نگهداری کند. طبق قانون، Alliance موظف است محرمانگی اطلاعات شما را حفظ کرده و اطلاعیه‌ای ارائه دهد که مسئولیت‌های قانونی و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی ما را تشریح کند. این اطلاعیه به شما می‌گوید که Alliance ممکن است چگونه اطلاعات شما را استفاده کند یا به اشتراک بگذارد. این اطلاعیه همچنین حقوق شما و تعهدات قانونی ما در قبال اطلاعات شما را مشخص می‌کند. Alliance از قوانین قابل اجرای حقوق مدنی فدرال تبعیت می‌کند. Alliance بر اساس نژاد/قومیت، رنگ پوست، ملیت، زبان، سن، ناتوانی، جنس، گرایش جنسی و/یا هویت جنسیتی تبعیض قائل نمی‌شود.

اگر در مورد این اطلاعیه سوال دارید، یا می‌خواهید در اعمال حقوق خود کمک بگیرید، یا می‌خواهید این اطلاعیه به زبان دلخواه شما، بریل، چاپ درشت، صوتی یا هر قالب جایگزین دیگری (با درخواست شما) و بدون هزینه برای شما ارائه شود، لطفاً با ما تماس بگیرید یا نامه بنویسید.

برای اعضای Alliance Group Care و Medi-Cal:

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

شماره تلفن: 1.510.747.4567

خط تلفن رایگان: 1.877.932.2738

در صورتی که مشکل شنوایی یا تکلم دارید 711/1.800.735.2929 (CRS/TTY):

H2035_25_02601_D-SNP_MBR_NPP_C Approved 09152025

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

دوشنبه - یکشنبه (هفت (7) روز هفته)، 8 صبح - 8 شب

تلفن رایگان: **1.888.882.3767 (1.888.88A.DSNP)**

اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، از TTY به شماره **711** استفاده کنید یا با شماره **1.800.735.2929** تماس بگیرید

A. انواع اطلاعاتی که Alliance نگر می‌دارد

Alliance اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (Protected health information, PHI) که باعث شناسایی شما می‌شود - مانند نام، اطلاعات تماس، جزئیات شخصی و اطلاعات مالی شما - را از چندین منبع دریافت می‌کند، از جمله آژانس‌های ایالتی، فدرال و محلی، پس از اینکه واجد شرایط می‌شوید، به برنامه Alliance اختصاص داده می‌شوید و/یا در آن ثبت‌نام می‌کنید. Alliance همچنین PHI را مستقیماً از شما و از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های پزشکی مانند پزشکان، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌ها و سایر شرکت‌های بیمه یا پرداخت‌کنندگان دریافت می‌کند. Alliance از این اطلاعات برای هماهنگی، تأیید، پرداخت و بهبود مراقبت‌های پزشکی شما و همچنین برقراری ارتباط با شما استفاده می‌کند.

Alliance از اطلاعات ژنتیکی شما برای تصمیم‌گیری درباره ارائه پوشش مراقبت‌های پزشکی یا تعیین هزینه آن استفاده نمی‌کند.

گاهی اوقات، Alliance ممکن است اطلاعاتی درباره نژاد، قومیت یا زبان شما دریافت کند. Alliance ممکن است از این اطلاعات برای حمایت از مراقبت‌های شما، برقراری ارتباط مؤثر و شناسایی نیازهای شما استفاده کند - مانند ارائه مطالب آموزشی به زبان دلخواه شما و ارائه خدمات ترجمه بدون هزینه برای شما. Alliance از این اطلاعات استفاده کرده و آن را طبق توضیحات این اطلاعیه به اشتراک می‌گذارد.

اگر در Medicare Advantage (MA) یا Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) ثبت‌نام کرده‌اید، Alliance اطلاعات سلامت شما را از Medicare و سایر سازمان‌های دولتی دریافت می‌کند تا مراقبت شما را هماهنگ کرده و مزایای شما را مدیریت کند. این اطلاعات شامل نام، شماره شناسایی Medicare، تاریخ تولد، وضعیت ثبت‌نام و خدمات تحت پوشش است.

نوع اطلاعاتی که Alliance جمع‌آوری می‌کند ممکن است بسته به برنامه متفاوت باشد. ما اطلاعات زیر را نگهداری می‌کنیم: اطلاعات تماس شما، مانند آدرس و شماره تلفن شما؛ سن، نژاد/قومیت، جنسیت، گرایش جنسی و زبان شما. Alliance همچنین ممکن است اطلاعات مربوط به مراقبت‌های پزشکی شما را که به عنوان PHI شناخته می‌شود، جمع‌آوری و نگهداری کند. این اطلاعات می‌تواند شامل جزئیاتی درباره ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شما، یافته‌های پزشکی آن‌ها، تشخیص‌ها و وضعیت‌های سلامتی، سوابق پزشکی، داروهای تجویزی و نتایج آزمایشگاهی باشد. علاوه بر این، Alliance ممکن است اطلاعاتی درباره کلاس‌های سلامت و تندرستی که در آن‌ها شرکت می‌کنید، مشارکت در سایر برنامه‌ها یا طرح‌های درمانی و مدارک مالی‌ای که هنگام درخواست پوشش ارسال می‌کنید، جمع‌آوری کند.

اطلاعات شما تنها برای ارائه خدمات درمانی، پردازش پرداخت‌ها، مدیریت مزایای طرح بیمه‌ای شما و رعایت الزامات قانونی و مقرراتی استفاده می‌شود. Alliance هیچ‌یک از این اطلاعات را برای تصمیم‌گیری درباره دریافت پوشش درمانی یا تعیین هزینه آن استفاده نمی‌کند.

Alliance متعهد به حفاظت از PHI شما است. Alliance اطلاعات PHI اعضای فعلی و سابق خود را طبق الزامات قانونی و استانداردهای اعتبارسنجی، محرمانه و ایمن نگهداری می‌کند. Alliance از تدابیر امنیتی فیزیکی و الکترونیکی استفاده می‌کند و کارکنان ما به‌طور منظم در زمینه استفاده و اشتراک‌گذاری صحیح PHI آموزش می‌بینند. برخی از روش‌هایی که Alliance برای محافظت از PHI به کار می‌برد شامل ایمن‌سازی دفاتر، قفل کردن میزها و فایل‌ها، محافظت از رایانه‌ها و دستگاه‌های الکترونیکی با رمز عبور و محدود کردن دسترسی تنها به اطلاعات مورد نیاز کارکنان برای انجام وظایفشان است.

B. نحوه استفاده یا اشتراک‌گذاری اطلاعات شما توسط Alliance

Alliance معمولاً اطلاعات بهداشتی PHI را به روش‌های زیر استفاده می‌کند و به اشتراک می‌گذارد:

- مداوا – هرچند Alliance مستقیماً خدمات درمانی ارائه نمی‌دهد، اما ممکن است PHI را با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های پزشکی و خدماتی – مانند پزشکان، بیمارستان‌ها، تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی بادوام (durable medical equipment, DME) و دیگران – به اشتراک بگذارد تا از مراقبت شما پشتیبانی کند، خدمات را هماهنگ سازد و اطلاعات لازم برای درمان شما را فراهم نماید.
- پرداخت – Alliance ممکن است PHI را با ارائه‌دهندگان، سازمان‌های خدماتی و سایر شرکت‌های بیمه یا پرداخت‌کنندگان به اشتراک بگذارد تا درخواست‌های پرداخت را پردازش کرده و هزینه خدمات درمانی دریافتی شما را پرداخت کند.
- عملیات مراقبت‌های بهداشتی – Alliance ممکن است PHI را به‌عنوان بخشی از فعالیت‌های سازمانی و اجرای برنامه‌های خود استفاده کند یا به اشتراک بگذارد. این فعالیت‌ها شامل حسابرسی، ارتقای کیفیت، مدیریت مراقبت و هماهنگی خدمات است. Alliance همچنین ممکن است PHI را با نهادهای ایالتی، فدرال و شهرستانی برای تأیید صلاحیت، مشارکت و نظارت بر برنامه‌ها به اشتراک بگذارد.

نمونه‌هایی از نحوه استفاده Alliance از PHI:

1. ارائه اطلاعات شما به پزشکان یا بیمارستان‌ها برای تأیید مزایا، سهم پرداختی، فرانشیز، تأیید خدمات یا ارجاعات از پیش، و همچنین پردازش و پرداخت هزینه خدماتی که دریافت کرده‌اید.
2. بررسی و بهبود کیفیت مراقبت، خدمات و عملکرد ارائه‌دهندگان، و پشتیبانی از اقدامات ارتقای کیفیت با استفاده از داده‌های ناشناس، مطابق با مجوزهای قانون قابلیت انتقال و حفظ حریم اطلاعات سلامت (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
3. ارائه آموزش‌های سلامت یا خدمات پشتیبانی مانند مدیریت بیماری‌های مزمن، و اطلاع‌رسانی درباره برنامه‌های تندرستی از جمله برنامه‌های دیابت یا کلاس‌های سلامت و آمادگی جسمانی.
4. یادآوری معاینات یا غربالگری‌های دوره‌ای سلامت. مگر اینکه خلاف آن را به ما اطلاع دهید، ممکن است پیام یادآوری روی پیغام‌گیر صوتی شما گذاشته شود یا به فرد پاسخ‌دهنده منتقل گردد.
5. اشتراک اطلاعات شما با شرکای تجاری که خدماتی را از طرف ما انجام می‌دهند. این شرکای تجاری طبق قوانین فدرال و ایالت California موظف به حفاظت از اطلاعات شما هستند. آن‌ها تنها در چارچوب توافق خود با ما و قوانین مربوطه مجاز به استفاده یا افشای اطلاعات شما هستند.

6. برای برقراری ارتباط با اعضای خانواده، نماینده قانونی یا مراقب شما درباره محل، وضعیت عمومی یا فوت شما، از جمله در شرایط بحرانی یا وقوع فاجعه. اگر قادر به اعلام موافقت یا مخالفت خود نباشید، Alliance ممکن است بر اساس تشخیص حرفه‌ای خود تصمیم بگیرد که آیا اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان به نفع شما است یا خیر.
7. برای انجام امور ضروری مراقبت‌های بهداشتی از جمله خدمات حقوقی، حسابرسی‌های داخلی، بررسی‌های مربوط به تقلب، برنامه‌ریزی تجاری و فعالیت‌های مدیریتی عمومی.
8. برای اشتراک‌گذاری اطلاعات شما جهت انجام تحقیقات، در صورت مجاز بودن طبق قانون، بدون نیاز به رضایت کتبی.
9. برای تماس با شما در مورد محصولات یا خدمات. Alliance از اطلاعات شما برای اهداف بازاریابی که نیاز به اجازه شما دارد استفاده نمی‌کند یا آن را به اشتراک نخواهد گذاشت، مگر اینکه رضایت کتبی خود را ارائه دهید.
10. برای رعایت الزامات قانونی و دولتی، از جمله احکام دادگاه، دستورات اداری، احضاریه‌ها یا حکم‌های بازرسی.
11. برای همکاری با نیروهای انتظامی در موارد مجاز، مانند یافتن افراد گمشده.
12. برای اشتراک‌گذاری اطلاعات در ارتباط با وظایف ویژه دولتی مانند امور نظامی، امنیت ملی یا بازداشت‌های اصلاحی، طبق الزامات قانونی.
13. برای اشتراک‌گذاری اطلاعات با نهادهای نظارتی حوزه سلامت به منظور انجام بازرسی‌ها، تحقیقات، ممیزی‌ها، صدور مجوز و سایر فعالیت‌های نظارتی قانونی.
14. برای گزارش به مراجع بهداشت عمومی به منظور اهداف مجاز قانونی مانند کنترل بیماری‌ها، پیگیری واکنش‌های دارویی و جلوگیری از گسترش بیماری.
15. برای گزارش موارد احتمالی بدرفتاری یا غفلت نسبت به کودکان، سالمندان یا بزرگسالان وابسته به خدمات حمایتی یا سایر نهادهای دولتی طبق قانون.
16. برای اشتراک‌گذاری اطلاعات شما با شرکت‌های بیمه هنگام بررسی درخواست طرح بیمه درمانی.
17. برای اشتراک‌گذاری اطلاعات با کارفرمای شما تنها با رضایت شما یا در مواردی که قانون ایجاب کند، از جمله رسیدگی به مطالبات پزشکی مرتبط با شغل یا پایش سلامت محیط کار.
18. برای کمک به پزشکان قانونی یا مدیران مراسم تدفین در شناسایی فرد متوفی، تعیین علت مرگ یا انجام وظایف قانونی خود.
19. برای حمایت از خدمات اهدای عضو، چشم یا بافت از طریق اشتراک‌گذاری اطلاعات با سازمان‌های مجاز.
20. برای اطمینان از ایمنی محصولات از طریق گزارش مشکلات مربوط به داروها، تجهیزات پزشکی یا سایر محصولات مرتبط با سلامت به سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA).
21. برای اشتراک‌گذاری اطلاعات شما با قیم، سرپرست یا نماینده قانونی‌تان که طبق قانون مجاز به اقدام از طرف شما است.
22. برای ارائه برخی اطلاعات به شما از طریق برنامه شخص ثالث انتخابی‌تان، طبق مقررات فدرال مربوط به تبادل‌پذیری داده‌ها. Alliance پس از اشتراک‌گذاری داده‌های شما با برنامه شخص ثالث به درخواست خودتان، مسئولیتی در قبال آن داده‌ها نخواهد داشت.
23. برای اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت شما از طریق سامانه‌های تبادل اطلاعات سلامت (Health Information Exchanges, HIEs) که به ارائه‌دهندگان خدمات و مقامات بهداشت عمومی کمک می‌کند تا مراقبت‌ها را هماهنگ کرده و از خدمات تکراری جلوگیری کنند. شما می‌توانید درخواست انصراف از این اشتراک‌گذاری را ارائه دهید. برخی از سوابق حساس ممکن است تنها با اجازه مستقیم شما قابل اشتراک‌گذاری باشند.
24. برای مشارکت در چارچوب تبادل داده‌های (Data Exchange Framework, DxF) ایالت California که امکان اشتراک‌گذاری ایمن اطلاعات سلامت و خدمات اجتماعی بین نهادهای درمانی، سازمان‌های دولتی و برنامه‌های اجتماعی را طبق قانون ایالتی فراهم می‌کند. برای اطلاعات بیشتر، به نشانی <https://www.cdii.ca.gov/committees-and-advisory-groups/data-exchange-framework> مراجعه کنید.

C. مواردی که Alliance مجاز به استفاده یا اشتراک گذاری اطلاعات شما نیست.

به جز مواردی که در این اطلاعیه تمهیدات حفظ حریم خصوصی شرح داده شده است، Alliance بدون رضایت کتبی شما از اطلاعات شما استفاده نخواهد کرد یا آن‌ها را به اشتراک نخواهد گذاشت. اگر به Alliance اجازه دهید از اطلاعات شما برای هدف دیگری استفاده کند یا آن‌ها را به اشتراک بگذارد، هر لحظه می‌توانید رضایت‌تان را به صورت کتبی پس بگیرید، مگر اینکه Alliance قبلاً بر اساس رضایت کتبی شما برای استفاده یا اشتراک گذاری اطلاعات شما اقدام کرده باشد.

D. Alliance ممکن است با شما تماس بگیرد.

Alliance ممکن است از PHI شما برای ارتباط با خودتان یا نماینده مجاز شما در مورد مزایا، خدمات، گزینه‌های ارائه‌دهندگان مراقبت‌های پزشکی و صورتحساب‌ها استفاده کند. تمام ارتباطات مطابق با قوانین جاری، از جمله قانون حمایت از مصرف‌کنندگان تلفنی (Telephone Consumer Protection Act, TCPA)، انجام خواهد شد.

Alliance ممکن است از روش‌های زیر با شما تماس بگیرد:

تماس‌های تلفنی

اگر شما یا نماینده‌تان شماره تلفنی (از جمله شماره تلفن همراه) ارائه کرده باشید، Alliance و شرکای مجاز ما ممکن است طبق قانون با شما تماس بگیرند، حتی از طریق سیستم‌های خودکار یا پیام‌های صوتی هوشمند. اپراتور تلفن شما ممکن است برای این تماس‌ها هزینه‌ای دریافت کند – لطفاً برای جزئیات بیشتر با آن‌ها تماس بگیرید. برای انصراف، به تماس‌گیرنده اطلاع دهید یا درخواست کنید تا به فهرست «تماس نگیرند» (Do Not Call) اضافه شوید.

پیامک‌ها

اگر شماره تلفن همراه ارائه شده باشد، Alliance ممکن است پیامک‌هایی برای یادآوری‌ها، خدمات موجود یا تأیید پرداخت‌ها ارسال کند. ممکن است هزینه‌های استاندارد پیامک اعمال شود. برای توقف دریافت پیامک‌ها، با «STOP» پاسخ دهید یا دستورالعمل لغو اشتراک موجود در پیام را دنبال کنید.

ایمیل‌ها

اگر شما یا نماینده‌تان آدرس ایمیلی به ما داده باشید، Alliance ممکن است اطلاعات مربوط به ثبت‌نام، مزایا، ارائه‌دهندگان خدمات و پرداخت‌ها را از طریق ایمیل برای شما ارسال کند – در صورتی که با دریافت الکترونیکی آن موافقت کرده باشید. لطفاً توجه داشته باشید که ایمیل‌های بدون رمزگذاری ممکن است در صورت دسترسی از طریق دستگاه مشترک یا ناامن، خطرات حریم خصوصی داشته باشند. با استفاده از ایمیل، شما این خطرات را می‌پذیرید و از هرگونه حمایت مرتبط صرف‌نظر می‌کنید. برای توقف دریافت ایمیل‌ها، لینک لغو اشتراک موجود در هر پیام را دنبال کنید.

E. حقوق شما در حفظ حریم خصوصی

1. خدمات حساس – اگر به سن و توانایی لازم برای رضایت به دریافت خدمات حساس رسیده‌اید، نیازی به دریافت مجوز از سایر اعضا برای استفاده از این خدمات یا ارائه درخواست برای آن‌ها ندارید. می‌توانید از Alliance درخواست کنید تا مکاتبات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، ایمیل یا شماره تلفن دیگری که انتخاب می‌کنید، ارسال کند. این درخواست، «درخواست برای مکاتبات محرمانه» نامیده می‌شود. اگر با دریافت خدمات موافقت کنید، Alliance اطلاعات مربوط به خدمات حساس شما را بدون اجازه کتبی شما با کسی به اشتراک نخواهد گذاشت. اگر آدرس پستی، ایمیل یا شماره تلفن جایگزین ارائه ندهید، Alliance مکاتبات را به آدرس یا شماره ثبت‌شده به نام شما ارسال خواهد کرد.

2. مکاتبات محرمانه – شما می‌توانید درخواست کنید که Alliance به صورت محرمانه با شما ارتباط برقرار کند. این درخواست باید به صورت کتبی به Alliance ارائه شود. می‌توانید از ما بخواهید تا به روش خاصی با شما تماس بگیریم (مثلاً تلفن منزل یا

- محل کار) یا مکاتبات به آدرس دیگری ارسال شود. ممکن است همه درخواست‌ها پذیرفته نشوند، اما Alliance درخواست‌های منطقی را مدنظر قرار خواهد داد. درخواست شما باید کتبی باشد و مشخص کند که چگونه یا در کجا می‌خواهید تماس گرفته شود. اگر درخواست شما شامل هزینه باشد، Alliance از قبل شما را مطلع خواهد کرد. درخواست شما برای مکاتبات محرمانه تا زمانی که آن را لغو کنید یا درخواست جدید ارائه دهید، معتبر خواهد بود.
3. محدودیت در استفاده یا اشتراک‌گذاری – شما حق دارید برای برخی استفاده‌ها و اشتراک‌گذاری اطلاعات خود محدودیت درخواست کنید. می‌توانید این کار را با ارائه یک درخواست کتبی انجام دهید که در آن مشخص کنید کدام اطلاعات شما محدود شود و چگونه می‌خواهید استفاده از آن یا اشتراک‌گذاری آن محدود گردد. Alliance ملزم به پذیرش درخواست شما نیست، مگر در مواردی که قانون ما را موظف به این کار کند (مانند زمانی که هزینه خدمات را به‌طور کامل از جیب خود پرداخت می‌کنید و درخواست می‌کنید که اطلاعات با طرح بیمه شما به اشتراک گذاشته نشود). اگر این محدودیت بر مراقبت شما، پرداخت مطالبات، عملیات کلیدی یا رعایت قوانین، مقررات، درخواست‌های نهادهای دولتی یا دستورات قضایی یا اداری تأثیر بگذارد، Alliance ممکن است پاسخ منفی دهد. Alliance درخواست شما را بررسی کرده و به شما اطلاع خواهد داد که درخواست پذیرفته یا رد شده است.
4. دریافت سوابق سلامت – شما حق دارید اطلاعات‌تان را مشاهده کنید و از آن‌ها کپی‌هایی دریافت کنید. برای مشاهده اطلاعات‌تان، باید یک درخواست کتبی ارسال کنید و به ما بگویید چه اطلاعاتی را می‌خواهید مشاهده کنید. همچنین، به ما اطلاع دهید که می‌خواهید آنها را مشاهده کنید، کپی کنید یا نسخه‌ای از آن‌ها را دریافت کنید. قانون California به ما اجازه می‌دهد هزینه منصفانه‌ای برای کپی کردن سوابق دریافت کنیم.

Alliance ممکن است درخواست شما را در شرایط محدود رد کنیم، برای مثال:

- a. یادداشت‌های روان‌درمانی، که یادداشت‌های شخصی ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روان برای مستندسازی یا تحلیل محتوای جلسات مشاوره هستند و به‌طور جداگانه از سایر سوابق پزشکی بیمار نگهداری می‌شوند. به قانون 45 مقررات فدرال (Code of Federal Regulations, CFR) 164.524(a)(1)(i) و 164.501 مراجعه کنید.
- b. اطلاعات تدوین شده در پیش بینی معقول یا برای استفاده در یک شکایت حقوقی یا دادرسی مدنی، کیفری یا اداری. به CFR 164.524(a)(1)(ii) 45 مراجعه کنید.
- c. زمانی که Alliance سوابق را در اختیار ندارد. Alliance با پزشکان محلی، گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات، بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات تکمیلی قرارداد دارد تا خدمات را به اعضای خود ارائه دهند. سوابق کامل پزشکی اعضا توسط همان پزشکان محلی، گروه‌های ارائه‌دهنده، بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات تکمیلی نگهداری می‌شود، نه توسط Alliance. ممکن است برای دریافت سوابق پزشکی نیاز داشته باشید با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی تماس بگیرید.
5. حق درخواست اطلاعات از طریق برنامه شخص ثالث – شما حق دارید درخواست دسترسی به اطلاعات سلامت خود را از طریق برنامه شخص ثالثی که انتخاب می‌کنید، مطابق با قوانین فدرال تبادل و دسترسی بیمار (Patient Access Rules)، ارائه دهید.
6. تصحیح سوابق سلامت و مطالبات – اگر فکر می‌کنید در PHI شما اشتباهی رخ داده است، می‌توانید از ما بخواهید آن را اصلاح کنیم. ممکن است برخی اطلاعات وجود داشته باشد که Alliance نتواند تغییر دهد، مانند تشخیص پزشک، و Alliance این موضوع را به صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. اگر شخص دیگری اطلاعات را به ما ارائه داده باشد، مانند پزشک شما، Alliance به شما اطلاع خواهد داد تا بتوانید از آن‌ها بخواهید آن را اصلاح کنند. اگر Alliance درخواست شما را رد کند، دلیل آن را توضیح داده و نحوه اعتراض یا درخواست تجدیدنظر را به شما اطلاع خواهد داد.
7. فهرست افرادی که سوابق با آن‌ها به اشتراک گذاشته شده‌اند – شما می‌توانید از ما درخواست فهرست کنید (حسابرسی) که چه زمان‌هایی Alliance اطلاعات سلامت شما را به اشتراک گذاشته، با چه کسانی به اشتراک گذاشته و توضیح کوتاهی درباره دلیل آن ارائه دهد. Alliance فهرست را برای دوره‌ای که درخواست می‌کنید، در اختیار شما قرار خواهد داد. طبق قانون، Alliance فهرست را حداکثر برای شش (6) سال قبل از تاریخ درخواست کتبی شما ارائه خواهد داد. Alliance همه افشاها را به جز مواردی که مربوط به مداوا، پرداخت، و عملیات مراقبت‌های

- بهداشتی است، و برخی افشاهای دیگر، مانند زمانی که Alliance اطلاعات را با شما یا با اجازه شما به اشتراک گذاشته است، در بر خواهد گرفت. لطفاً توجه داشته باشید که ممکن است هزینه‌ای اعمال شود.
8. حق دریافت اطلاعاتی نقض حریم خصوصی – Alliance به سرعت به شما اطلاع خواهد داد اگر نقضی رخ دهد که ممکن است حریم خصوصی یا امنیت PHI شما را به خطر انداخته باشد.
9. حق دریافت نسخه کاغذی اطلاعات تمهیدات حفظ حریم خصوصی – شما حق دریافت یک نسخه کاغذی از این اطلاعاتی تمهیدات حفظ حریم خصوصی را دارید.
10. حق انتخاب فردی برای اقدام به جای شما – اگر به کسی وکالت پزشکی داده‌اید یا کسی سرپرست قانونی شماست، آن شخص می‌تواند از حقوق شما استفاده کرده و درباره PHI شما تصمیم‌گیری کند.

F. تغییرات در این اطلاعاتی تمهیدات حفظ حریم خصوصی

Alliance حق دارد در هر زمان آینده این اطلاعاتی را تغییر دهد. تا زمانی که تغییر اعمال نشده است، Alliance طبق قانون ملزم به رعایت این اطلاعاتی است. پس از اعمال تغییر، اطلاعاتی تغییر یافته برای تمام PHI که Alliance نگهداری می‌کند، اعمال خواهد شد، صرف نظر از زمان ایجاد یا دریافت آن.

Alliance اطلاعاتی را ظرف 60 روز از هر تغییر بزرگ برای شما ارسال خواهد کرد. ما همچنین اطلاعاتی به‌روز شده را در وبسایت‌مان به آدرس www.alamedaalliance.org قرار خواهیم داد

G. شکایات

اگر در مورد این اطلاعاتی تمهیدات حفظ حریم خصوصی یا نحوه استفاده Alliance از اطلاعات شما شکایتی دارید، به ما اطلاع دهید:

Attn: Grievance and Appeals Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

همچنین می‌توانید مسئول حریم خصوصی Alliance به آدرس زیر را در جریان قرار دهید:

Attn: Compliance Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

تلفن: 1.510.747.4500

در صورتی که مشکل شنوایی یا تکلم دارید (CRS/TTY): 1.800.735.2929/711

همچنین می‌توانید شکایت‌تان را به اطلاع دبیرخانه سازمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (Health and Human Services, HHS) برسانید. هرگز از شما نخواهیم خواست از حق‌تان برای ثبت شکایت صرف نظر کنید. شما به دلیل ثبت شکایت مجازات نمی‌شوید یا تحت تلافی و انتقام قرار نمی‌گیرید.

برای ثبت شکایت، لطفاً از طریق زیر با HSS تماس بگیرید:

Attn: Regional Manager
Department of Health Human Services (HHS) Office of Civil Rights (OCR)
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

شماره رایگان: 1-800-368-1019
فکس: 1.202.619.3818
ایمیل: ocrmail@hhs.gov
آنلاین: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

اگر عضو Medi-Cal Alliance هستید، می‌توانید دفتر حریم خصوصی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی California (Department of Health Care Services, DHCS) به آدرس زیر را مطلع کنید:

Department of Health Care Services Office of HIPAA Compliance
PO Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413

خط تلفن رایگان: 1.866.866.0602
در صورتی که مشکل شنوایی یا تکلم دارید (CRS/TTY): 1.800.735.2929/711

اگر عضو Alameda Alliance Wellness هستید، لطفاً به این روش تماس بگیرید:

بخش خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness
دوشنبه - جمعه (هفت (7) روز هفته)، 8 صبح - 8 شب
شماره رایگان: 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)
اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، از شماره 711 استفاده کنید یا با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرید

شما همچنین می‌توانید شکایت خود را در مورد حقوق حریم خصوصی یا هر موضوع مرتبط با برنامه خود به Medicare ارائه دهید:

شماره رایگان (1.800.633.4227) 1.800.MEDICARE
کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048
تماس بگیرند. <https://www.medicare.gov>

بیانیه‌ای که خط‌مشی‌ها و فرایندهای Alliance را برای حفظ محرمانگی سوابق پزشکی شرح می‌دهد، موجود است و بنا به درخواست شما ارائه می‌شود.