

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

لازم الاجرا: 14 آوریل، 2003 به روز رسانی شده از: 31 جولای، 2026

CalOptima Health از طریق طرح Medi-Cal، طرح One Care (HMO D-SNP) Medicare Advantage Special Needs Plan ما و برنامه مراقبت همهجانبه برای سالمندان (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) به شما امکان دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را می‌دهد. ما طبق قوانین ایالتی و فدرال موظف به محافظت از اطلاعات سلامت شما هستیم. پس از واجد شرایط شدن و ثبت نام در یکی از طرح‌های درمانی ما، Medicare یا Medi-Cal اطلاعات شما را برای ما ارسال می‌کند. پزشکان، درمانگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها نیز اطلاعات شما را برای تایید و پرداخت هزینه خدمات درمانی برای ما می‌فرستند.

این اطلاعیه نحوه استفاده و در میان گذاردن اطلاعات شما توسط ما و چگونگی دسترسی شما به این اطلاعات را توضیح می‌دهد. لطفاً این مطالب را با دقت مطالعه نمایید.

حقوق شما

شما در زمینه اطلاعات پزشکی خود، حقوق خاصی دارید. این بخش حقوق شما و برخی از مسئولیت‌های ما برای کمک به شما را توضیح می‌دهد.

چگونه ما از اطلاعات شما محافظت میکنیم	
• ما برای دسترسی فیزیکی و الکترونیکی به اطلاعات شما، از جمله نژاد، قومیت، زبان، وضعیت معلولیت، از جمله عملکرد و هویت، هویت جنسیتی و گرایش جنسی، قوانینی برای کنترل داریم. • خط‌مشی‌ها و رویه‌های ما مشخص می‌کنند که چه مواردی در هنگام استفاده از اطلاعات بهداشتی شما مجاز است و چه مواردی مجاز نیست، از جمله نژاد، قومیت، زبان، هویت جنسی و گرایش جنسی. • دسترسی الکترونیکی ممکن است شامل قالب‌های رسانه‌ای، دستگاه‌ها و سخت‌افزارها و ذخیره‌سازی داده‌ها باشد. • ما بر اساس اطلاعات حساس علیه اعضا تبعیض قائل نمی‌شویم.	

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

• شما می توانید یک نسخه پرونده سوابق پزشکی و مطالبات پرداختی گذشته خود و دیگر اطلاعات درمانی که در مورد شما داریم را دریافت کنید. شما باید در این مورد درخواست کتبی ارائه نمایید. فرمی برای شما ارسال خواهد شد تا تکمیل نمایید و ما ممکن است مبلغ معقولی بابت هزینه کپی و ارسال پستی پرونده را از شما مطالبه کنیم. برای مشاهده یا دریافت کپی پرونده پزشکی، ارائه کارت شناسایی معتبر الزامی است. • ما کپی یا خلاصه پرونده های پزشکی و سابقه مطالبات شما را معمولاً ظرف 30 روز از تاریخ درخواست شما در اختیارتان قرار میدهم. • ممکن است به دلایلی که قانون مجاز می داند، شما را از دیدن بخش های خاصی از پرونده تان باز داریم. • CalOptima Health کپی کاملی از پرونده پزشکی شما را ندارد. اگر می خواهید سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید، از آنها کپی بگیرید یا آنها را تغییر دهید، لطفاً با پزشک یا کلینیک خود تماس بگیرید.	یک کپی از پرونده سوابق پزشکی و مطالبات پرداختی گذشته خود را درخواست کنید.
• اگر اطلاعات موجود در سوابق شما صحیح یا کامل نیست، حق دارید درخواست کتبی برای تغییر آنها ارسال کنید. شما باید در این مورد درخواست کتبی نمایید. • در صورتی که اطلاعات توسط CalOptima Health تهیه و حفاظت نمی شوند و یا ما معتقد هستیم که کامل و صحیح می باشند، ما می توانیم درخواست شما را رد کنیم و دلیل آن را طی 60 روز به اطلاع شما برسانیم. • در صورتی که ما تغییرات درخواستی شما را اعمال نکنیم، می توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را مورد بررسی مجدد قرار دهیم. همچنین می توانید اظهاریه ای که دلیل عدم موافقت شما را با سوابق ما را توضیح می دهد را برای ما ارسال نمایید. اظهاریه شما در سوابق ما نگهداری خواهد شد.	برای تصحیح سابقه درمانی و ادعای مطالبات خود درخواست نمایید
• شما می توانید خواستار تماس از طریق روش ارتباطی دلخواه (مثلاً از طریق تلفن منزل یا محل کار) یا ارسال نامه به نشانی متفاوتی شوید. • ما همه درخواستهای معقول را در نظر خواهیم گرفت. اگر به ما بگویید که در صورت عدم انجام این کار در معرض خطر خواهید بود، ما باید با آن "موافقت" نماییم.	ارائه درخواست ارتباطات محرمانه
• شما می توانید از ما بخواهید که برخی از اطلاعات درمانی شما را برای درمان، پرداخت هزینه و یا مدیریت مراقبت های بهداشتی استفاده نکنیم یا به اشتراک نذاریم. • اگر موافقت با این درخواست بر مراقبت از شما تاثیر بگذارد، ضرورتی برای موافقت ما وجود ندارد و ما ممکن است جواب "منفی" بدهیم.	از ما بخواهید آنچه را به اشتراک می گذاریم یا استفاده می کنیم را محدود کنیم.

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

• شما می‌توانید فهرستی از دفعاتی را که ما اطلاعات بهداشتی شما را در 6 سال گذشته قبل از تاریخی که درخواست را ارائه کرده‌اید به اشتراک گذاشته‌ایم، را درخواست کنید. • شما حق دارید فهرستی از اطلاعاتی که به اشتراک گذاشته شده است، طرفهای گیرنده اطلاعات، زمان انتشار و دلیل آن را درخواست کنید. • ما اکثر اطلاعات به اشتراک گذاشته شده به غیر از موارد مربوط به درمان، پرداخت و عملکرد مراقبت درمانی و برخی موارد دیگر (مواردی که شما از ما خواسته باشید) را ضمیمه می‌کنیم.	فهرستی از افرادی که اطلاعات را با آنها به اشتراک گذاشته‌ایم، دریافت کنید
• در هر زمان می‌توانید به نسخه کتبی این اطلاعیه را درخواست کنید، حتی اگر با دریافت الکترونیکی آن موافقت کرده باشید. ما در مدتی مناسب یک کپی را برای شما ارسال می‌نماییم. • همچنین می‌توانید این اطلاعیه را در وبسایت ما www.caloptimahealth.org مشاهده نمایید.	یک کپی از این اطلاعیه حفظ حریم خصوصی دریافت کنید.
• اگر به فردی وکالت پزشکی داده باشید یا اگر قیم قانونی داشته باشید، آن فرد می‌تواند از حقوق شما استفاده کند و درباره اطلاعات بهداشتی شما تصمیم بگیرد. • قبل از هرگونه اقدامی، مطمئن خواهیم شد که این شخص این اختیار را دارد و می‌تواند از طرف شما اقدام کند.	یک نماینده قانونی انتخاب کنید که برای شما اقدام کند
• در صورتی که فکر می‌کنید ما از حریم خصوصی شما محافظت نکرده ایم، می‌توانید با استفاده از اطلاعات داده شده در این اعلامیه شکایت کنید. • ما در برابر شکایت شما مقابله به مثل نمی‌کنیم.	اگر احساس می‌کنید حقوقتان نقض شده است، شکایت کنید
• اگر کل هزینه یکی از خدمات را شخصا پرداخت کرده باشید، می‌توانید از پزشک خود بخواهید که اطلاعات مربوط به آن خدمات را با ما به اشتراک نگذارد. اگر شما یا ارائه دهنده شما ادعایی برای مطالبه به CalOptima Health ارائه کنید، ما مجبور نیستیم با یک محدودیت در پرونده موافقت کنیم. اگر قانونی افشای اطلاعات را الزامی کند، CalOptima Health ملزم به موافقت با محدودیت شما نیست.	از محدودیت خود-پرداخت استفاده نمایید
• CalOptima Health ممکن است در صورت اجازه یا الزام قانون، اطلاعات شما را از طریق سیستم‌های کامپیوتری امن به اشتراک بگذارد. ما ممکن است اطلاعات شما را با پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های درمانی، سایر طرح‌های درمانی، ارائه دهندگان خدمات درمانی سلامت روان و سوء مصرف مواد، سازمان‌های شهرستانی و سایر افرادی که در مراقبت از شما کمک می‌کنند، به اشتراک بگذاریم. ما ممکن است اطلاعات شما را برای ارائه و مدیریت مراقبت‌های درمانی، پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های درمانی، بررسی درخواست‌های خدمات، کمک به شما در جابجایی بین طرح‌ها یا ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، بهبود کیفیت مراقبت و رعایت قانون به اشتراک بگذاریم. • شما می‌توانید از ما بخواهید که اطلاعات درمانی خاصی را برای یک اپلیکیشن (برنامه الکترونیکی) سلامتی یا شخص یا شرکت دیگری که انتخاب می‌کنید ارسال کنیم. قبل از استفاده از یک اپلیکیشن، قوانین حریم خصوصی و امنیتی آن را مطالعه کنید. برخی از اپلیکیشن‌ها تحت پوشش قانون تعامل و دسترسی بیمه‌های درمانی (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) نیستند. پس از ارسال اطلاعات شما به یک اپلیکیشن، آن اپلیکیشن ممکن است از آن به روش‌هایی	اشتراک‌گذاری الکترونیکی اطلاعات سلامت شما

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

متفاوت از قوانین CalOptima Health استفاده کند یا آن را به اشتراک بگذارد. برخی از اپلیکیشن‌های سلامت مصرف‌کننده تحت پوشش HIPAA نیستند، اگرچه ممکن است قوانین فدرال یا ایالتی دیگری اعمال شود. قبل از انتخاب یک برنامه، باید رویه‌های حفظ حریم خصوصی و امنیتی آن را بررسی کنید. • در صورت اجازه یا الزام قانون، CalOptima Health می‌تواند برخی از ادعاها، موارد مواجهه، اطلاعات بالینی و مجوز قبلی را به صورت الکترونیکی در اختیار ارائه‌دهنده واجد شرایطی که با او رابطه درمانی دارید، از طریق رابط اپلیکیشن کاربردی دسترسی به ارائه‌دهنده (Application Program Interface, API) قرار دهد، البته در صورتی که قانون اجازه دهد. این ممکن است به درمان، برنامه‌ریزی مراقبت، تأیید خدمات، تغییرات در پوشش درمانی و انتقال اطلاعات درمانی شما به یک طرح یا ارائه‌دهنده جدید کمک کند. شما می‌توانید از انجام این کار انصراف دهید و یا آن را انتخاب کنید. انصراف تاثیری بر واجد شرایط بودن، مزایا یا مراقبتی که دریافت می‌کنید، نخواهد داشت. شما ممکن است حق داشته باشید که به برخی از انواع اشتراک‌گذاری الکترونیکی پاسخ «منفی» بدهید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا تغییر گزینه‌های خود، از جمله انتخاب یا انصراف، با خدمات مشتریان CalOptima Health با شماره رایگان 1-888-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید.	
--	--

برای اطلاعات بهداشتی خاص، می‌توانید انتخاب‌های خود را درباره آنچه به اشتراک می‌گذاریم به ما اطلاع دهید. اگر می‌خواهید اطلاعات شما به روش خاصی در موارد زیر، به اشتراک گذاشته شود با ما تماس بگیرید. اغلب به منظور اشتراک اطلاعات بهداشتی محافظت شده (Protected Health Information, PHI) شما در مواردی غیر از درمان، پرداخت هزینه و یا عملکرد مراقبت‌های درمانی، ما باید قبلاً از شما اجازه کتبی دریافت کنیم. شما می‌توانید این مجوز را در هر زمانی با نوشته کتبی کنسل کنید. در این صورت ما قادر به برگشت دادن اطلاعات به مشارکت گذاشته شده در زمان قبل از درخواست شما نیستیم اما در آینده PHI شما را به اشتراک نمی‌گذاریم.

• اطلاعات را با خانواده، دوستان نزدیک یا سایر افرادی که در پرداخت هزینه مراقبت شما نقش دارند به اشتراک بگذاریم. • اطلاعات را در وضعیت امداد رسانی در زمان فاجعه به اشتراک بگذاریم.	در این موارد شما حق و اجازه انتخاب دارید تا به ما بگویید که:
• برخی از اطلاعات سلامت از محافظت حریم خصوصی بیشتری برخوردارند. این ممکن است شامل سوابق مربوط به درمان مصرف الکل یا مواد مخدر، که به عنوان اطلاعات اختلال مصرف مواد (substance use disorder information, SUD) شناخته می‌شود، و سایر اطلاعات حساس باشد. اطلاعات SUD توسط قوانین فدرال بخش 2 (42 C.F.R. بخش 2) محافظت می‌شود. در مواردی که قانون اجازه کتبی را الزامی بداند، CalOptima Health می‌تواند از فرم «مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا» که توسط اداره خدمات درمانی کالیفرنیا ارائه می‌شود و فرم ASCMI (Authorization to Share Confidential Member Information) نیز نامیده می‌شود، استفاده کند. این فرم به شما امکان می‌دهد انتخاب کنید چه اطلاعاتی ممکن است به اشتراک گذاشته شود، چه کسی می‌تواند آن را دریافت کند، چرا ممکن است به اشتراک گذاشته شود و مدت زمان اجازه شما چقدر خواهد بود. امضای فرم به انتخاب خودتان است. اگر تصمیم به امضای فرم نداشته باشید، این امر تاثیری بر مزایای CalOptima Health یا حق شما برای دریافت مراقبت‌های درمانی نخواهد داشت. ممکن است اشتراک‌گذاری برخی اطلاعات یا کمک به مدیریت برخی از مراقبت‌ها یا خدمات شما را برای CalOptima Health دشوارتر کند. شما می‌توانید در هر زمان مجوز خود را کتباً لغو کنید. این کار اشتراک‌گذاری اطلاعات شما در آینده را متوقف می‌کند. این تاثیری بر اطلاعاتی که قبلاً به ما اجازه اشتراک‌گذاری آنها را داده‌اید، نخواهد داشت.	در این موارد، هرگز اطلاعات شما را منتشر نمی‌کنیم، مگر این که به ما مجوز کتبی داده باشید

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

• گزارشهای روان درمانی: ما برای استفاده یا به اشتراک گذاشتن اطلاعات روان درمانی شما، به جز برای انجام برخی اقدامات درمانی، پرداخت هزینه و عملکرد مراقبتهای درمانی باید از شما مجوز دریافت کنیم. • اطلاعات مربوط به نژاد، قومیت، زبان، هویت جنسیتی و گرایش جنسی شما، به جز در زمان نیاز برای خدمات درمان، پرداخت یا مراقبت های بهداشتی. • اطلاعات مربوط به نژاد، قومیت، زبان، هویت جنسیتی و گرایش جنسی شما برای تعهدنامه، رد درخواست خدمات و پوشش، یا برای تعیین مزایا. • نیازهای بازآرایی. • فروش اطلاعات شما.	
• اگر از یک طرح درمانی دیگر به CalOptima Health پیوسته‌اید یا تحت پوشش بیش از یک طرح بیمه هستید، می‌توانیم از طرح دیگر شما اطلاعات درمانی خبرتان، مانند مطالبات، برخوردها و اطلاعات بالینی در ایالات متحده (United States Core Data for Interoperability) و برخی تصمیمات مربوط به مجوز قبلی را درخواست کنیم تا مراقبت‌های شما مختل نشود. همچنین اگر طرح بیمه ما را ترک کنید، می‌توانیم این اطلاعات را با یک طرح جدید به اشتراک بگذاریم. • ما فقط زمانی این اطلاعات را به اشتراک می‌گذاریم یا درخواست می‌کنیم که شما یا نماینده شخصی شما به ما اجازه این کار را بدهید. ما از شما خواهیم پرسید که آیا مایلید اطلاعات شما را در زمان ثبت‌نام و حداقل سالی یک بار در طول عضویتان به اشتراک بگذاریم یا خیر. برخی از اطلاعات محافظت‌شده، مانند سوابق اختلال مصرف مواد و اطلاعات خدمات حساس کالیفرنیا، فقط طبق توضیحات در این اطلاعیه و با تأیید جداگانه شما، به اشتراک گذاشته می‌شوند. • برای اجازه دادن یا پس گرفتن اجازه خود، با خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره رایگان 1-888-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید.	وقتی پوشش بیمه شما تغییر می‌کند، اطلاعات خود را با سایر طرح‌های درمانی به اشتراک بگذارید

مسئولیت های ما

- طبق قانون ما ملزم به حفظ حریم خصوصی و امنیت PHI شما هستیم.
- در صورت بروز هرگونه نقض امنیتی که ممکن است حریم خصوصی یا امنیت اطلاعات شما را تحت تأثیر قرار دهد، در اسرع وقت به شما اطلاع خواهیم داد.
- ما باید مسئولیت ها و شیوه های حفظ حریم خصوصی شرح داده شده در این اطلاعیه را دنبال کنیم و یک کپی از آن را در اختیار شما قرار دهیم.
- ما از اطلاعات شما به غیر از آنچه در اینجا توضیح داده شده است استفاده نمی‌کنیم یا به اشتراک نمی‌گذاریم، مگر این که شما به صورت کتبی به ما اجازه داده باشید. اگر به ما اجازه داده باشید، در هر زمان می‌توانید خود را تغییر دهید. لطفاً تغییر تصمیم خود را به صورت کتبی به ما اعلام کنید.

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

موارد استفاده و افشای اطلاعات ما

اطلاعات شما فقط می تواند توسط CalOptima Health برای درمان، پرداخت و خدمات مراقبت های بهداشتی مربوط به برنامه Medi-Cal، Medicare (OneCare) یا PACE که در آن ثبت نام کرده اید، استفاده یا به اشتراک گذاشته شود. ما ممکن است از اطلاعات شما در تبادل اطلاعات درمانی، از جمله شبکه های تبادل اطلاعات در سطح ایالت، با ارائه دهندگان خدمات درمانی مرتبط با شما استفاده و آنها را به اشتراک بگذاریم. اطلاعاتی که مورد استفاده ما قرار گرفته یا مشارکت می شود شامل و نه محدود به موارد زیر می باشد:

- نام شما
- آدرس
- سابقه مراقبت ها و درمان های شما
- هزینه یا پرداخت برای مراقبت

چند نمونه از نحوه به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما با افرادی که در مراقبت از شما دخیل هستند:

کمک در مدیریت مراقبت درمانی که دریافت می کنید	• ما می توانیم اطلاعات شما را در اختیار متخصصینی که شما را درمان می کنند قرار دهیم. این ممکن است شامل نژاد، قومیت، زبان، هویت جنسیتی و گرایش جنسی شما باشد تا خدماتی ارائه شود که به بهترین وجه با نیازهای شما مطابقت داشته باشد.	برای مثال: به منظور برنامه ریزی خدمات بیشتر، یکی از پزشکان اطلاعات مربوط به تشخیص و برنامه درمانی شما را در اختیار ما قرار می دهد. به منظور دریافت مراقبت های مورد نیاز، ما این اطلاعات در اختیار پزشکان، بیمارستان و دیگر ارائه دهندگان مراقبت قرار می دهیم.
مدیریت سازمان ما (عملکرد خدمات بهداشتی درمانی)	• ما می توانیم اطلاعات شما را برای مدیریت سازمان خود استفاده کنیم و آن را به اشتراک بگذاریم و در موارد ضروری با شما تماس بگیریم. • ما مجاز به استفاده از اطلاعات ژنتیکی شما برای تصمیم گیری درباره ارائه پوشش و تقبل هزینه نیستیم.	برای مثال: ما از اطلاعات درمانی شما برای بهینه سازی خدمات استفاده می کنیم که ممکن است شامل بررسی کیفیت مراقبت و خدماتی باشد که دریافت می کنید. همچنین ممکن است از این اطلاعات در بازاریابی ها و تحقیقات در مورد تقبل استفاده کنیم.
پرداخت برای خدمات درمانی شما	• ما می توانیم از اطلاعات پزشکی شما تا زمانی که هزینه خدمات درمانی شما را می پردازیم، استفاده کرده و آن را به اشتراک بگذاریم.	برای مثال: ما اطلاعات درمانی شما را با پزشکها، کلینیکها و مراکزی که صورتحساب مراقبت های شما را برای ما می فرستند به اشتراک می گذاریم. همچنین به منظور پرداخت صورتحساب ممکن است این اطلاعات را به سازمانها یا برنامه های درمانی دیگر بفرستیم.

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

اداره برنامه درمانی شما	ممکن است اطلاعات شما را با اداره خدمات بهداشت و درمان (Department of Health Care Services, DHCS) و یا مرکز خدمات Medicare و Medicaid Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), برای اداره برنامه درمانی به اشتراک بگذاریم.	برای مثال: DHCS برای ارائه یک طرح با ما قرارداد می بندد و ما اطلاعات خاصی را در اختیار DHCS قرار می دهیم.
-------------------------	--	--

به چه روشهای دیگری می توانیم از اطلاعات سلامتی شما استفاده کنیم یا به اشتراک بگذاریم؟

ما مجاز یا ملزم هستیم که اطلاعات شما را به روشهای دیگری، معمولاً برای ارتقای منافع عمومی، مانند بهداشت عمومی و تحقیقات، به اشتراک بگذاریم. برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما به این دلایل ما باید بسیاری از شرایط قانونی را رعایت کنیم.

کمک به بهداشت عمومی و مسائل ایمنی	ما می توانیم اطلاعات بهداشتی شما را در شرایط خاصی مانند موارد زیر به اشتراک بگذاریم: - پیشگیری از بروز بیماری - کمک رسانی به فرآیند فراخوانی محصول. - گزارش واکنشهای جانبی نامطلوب به داروها. - گزارش موارد مشکوک به آزار، سهل انگاری یا خشونت خانگی. - کاهش یا پیشگیری از تهدیدات جدی مربوط به سلامت یا ایمنی افراد.
رعایت قانون	ما اطلاعات شما را در مواردی که ایالت یا دولت فدرال به آن احتیاج دارد و همچنین اگر وزارت بهداشت و خدمات انسانی (Department of Health and Human Services) نحوه مطابقت ما با مقررات محافظت از حریم خصوصی را بررسی می نمایند، در اختیار آنها قرار می دهیم.
واکنش به درخواست مراکز اهدای عضو و بافت، همکاری با معاینه پزشکی و مدیر مراسم کفن و دفن	- ما می توانیم اطلاعات درمانی شما را با سازمان های تهیه اعضای بدن به اشتراک بگذاریم. - ما می توانیم اطلاعات پزشکی را، پس از مرگ افراد، در اختیار پزشک قانونی، پزشک دادستانی یا مدیر مراسم کفن و دفن قرار دهیم.
واکنش به درخواستهای غرامت کارگران، نیروهای اجرای قانون و دیگر ارگانهای دولتی	ما می توانیم از اطلاعات سلامتی شما در موارد زیر استفاده کرده یا آن را به اشتراک بگذاریم: - برای رسیدگی به درخواستهای غرامت کارکنان. - برای اجرای قانون یا همکاری با مسئولان مجری قانون. - برای اجرای مجاز توسط قانون نهادهای نظارتی بهداشتی. - برای اجرای وظایف دولتی خاص مانند خدمات نظامی، امنیت ملی و محافظت از رئیس جمهور.
پاسخ به پرونده های حقوقی و اقدامات قانونی	ما اطلاعات درمانی شما را زمانی که دادگاه به ما دستور می دهد، در پاسخ به احضاریه یا طبق حکم دادگاه یا اداری به اشتراک می گذاریم.

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

رعایت قوانین خاص	• قوانین و بزرهای برای محافظت از برخی اطلاعات پزشکی مانند خدمات سلامت روانی، درمان اختلالات سوءمصرف مواد مخدر و آزمایش و درمان HIV/AIDS وجود دارد. زمانی که از این قوانین سختگیرانه تر از این اطلاعیه باشد، از این قوانین تبعیت خواهیم کرد. • همچنین قوانین محدود کننده ای برای استفاده و مشارکت اطلاعات وجود دارند که مستقیماً مربوط به مدیریت برنامه های درمانی CalOptima Health هستند.
------------------	---

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

محرمانه بودن خدمات حساس

CalOptima Health متعهد به حفاظت از حریم خصوصی و محرمانه نگاه داشتن اطلاعات مربوط به خدمات حساسی است که دریافت می‌کنید. خدمات حساس، هرگونه خدمات مراقبت‌های بهداشتی مرتبط با مراقبت‌های سلامت روان یا رفتاری؛ اختلال سوءمصرف مواد؛ مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت؛ سلامت جنسی و باروری؛ عفونت‌های مقاربتی؛ تجاوز یا تعرض جنسی؛ بیماری‌های عفونی، مسری یا واگیردار؛ مراقبت‌های مرتبط با HIV/AIDs؛ یا خشونت علیه شریک جنسی، طبق تعریف مندرج در بخش 56.05(s) قانون مدنی کالیفرنیا، هستند.

CalOptima Health ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن دلخواه شما ارسال خواهد کرد، یا اگر آدرس پستی، شماره تلفن یا آدرس ایمیل دیگری به ما نداده باشید، از اطلاعات تماس موجود در پرونده شما استفاده خواهیم کرد. CalOptima Health بدون اجازه کتبی شما، اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس شما را با هیچ شخص دیگری به اشتراک نخواهد گذاشت.

شما می‌توانید با تکمیل فرم مجوز DHCS برای اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (Authorization to Share Confidential Member Information, ASCMI) به ما اطلاع دهید که کدام یک از اطلاعات حساس و محرمانه شما ممکن است با شرکای مراقبتی شما، از جمله ارائه دهندگان خدمات، سازمان‌های شهرستانی و سازمان‌های خدمات اجتماعی، به اشتراک گذاشته شود. فرم ASCMI به شما امکان می‌دهد انواع اطلاعاتی را که می‌خواهید به اشتراک بگذارید انتخاب کنید و می‌توانید در هر زمان با ارسال فرم لغو ASCMI، اجازه خود را پس بگیرید. گزینه‌های اشتراک‌گذاری شما ثبت می‌شوند و با در دسترس قرار گرفتن برنامه مدیریت رضایت (Consent Management Platform) در سطح ایالت، ممکن است قبل از اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان، برای تأیید اجازه شما مورد استفاده قرار گیرند. استفاده از فرم ASCMI انتخاب شماست؛ انجام آن برای دریافت مراقبت یا خدمات الزامی نیست.

CalOptima Health درخواست شما برای ارتباط محرمانه به شکل و قالب دلخواهتان را در صورتی که امکان انجام آن در فرم و قالب درخواستی شما وجود داشته باشد، می‌پذیرد. درخواست شما برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که درخواست را پس نگیرید یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه ندهید، معتبر خواهد بود. لطفاً با شماره رایگان 1-888-587-8088 (TTY 711) با ما تماس بگیرید، یا برای اطلاع از نحوه درخواست اطلاعات خدمات حساس، برای ما درخواست کتبی ارسال کنید. شما باید درخواست خود را کتباً ارسال کنید و اطلاعات خاصی را در اختیار ما قرار دهید. ما می‌توانیم فرم(های) درخواست را برای شما ارسال کنیم. ما درخواست شما را ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت تماس تلفنی شما یا ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما از طریق پست درجه یک انجام خواهیم داد.

تغییرات در شرایط این اطلاعیه

حق تغییر دادن اطلاعیه حریم شخصی و روش حفظ امنیت PHI شما برای CalOptima Health محفوظ است. در صورتی که تغییری اعمال شود، ما فوراً به شما اطلاع می‌دهیم. ما اطلاعیه به روز شده را در وبسایت خود منتشر می‌کنیم.

احتمال افشای مجدد

اطلاعات به اشتراک گذاشته شده توسط CalOptima Health، چه توسط شما (یا نماینده شخصی شما) مجاز باشد و چه توسط قوانین حفظ حریم خصوصی مربوطه مجاز باشد، ممکن است توسط شخص، از جمله اپلیکیشن‌های ثالثی که تحت پوشش HIPAA نیستند و اطلاعات شما را دریافت می‌کنند، در صورتی که طبق قانون ملزم به محافظت از اطلاعات شما نباشند، مجدداً افشا شود.

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

روش تماس گرفتن با ما برای استفاده از حقوقتان
برای استفاده از هر یک از حقوق حریم خصوصی ذکر شده در این اطلاعیه، با ما به نشانی زیر مکاتبه کنید:

CalOptima Health
Privacy Officer
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
(TTY 711) 1-888-587-8088

یا با خدمات مشتریان CalOptima Health با شماره رایگان 1-888-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید. ما کارکنانی داریم که به زبان شما صحبت می‌کنند.

اگر فکر می‌کنید که ما از حریم خصوصی شما محافظت نکرده‌ایم و مایل به ثبت شکایت یا ابراز نارضایتی هستید، می‌توانید با CalOptima Health با آدرس و شماره تلفن بالا تماس بگیرید. یا می‌توانید با نهادهای زیر نیز تماس بگیرید:

California Department of Health Care Services
Privacy Officer
C/O: Office of HIPAA Compliance
P.O. Box 997413 MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل: DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov
تلفن: 1-916-445-4646
فکس: 1-916-440-7680

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Regional Manager
90 Seventh Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
ایمیل: ocrcomplaint@hhs.gov
تلفن: 1-800-368-1019
فکس: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697

California Department of Managed Health Care
Privacy Coordinator
C/O Office of Legal Services
908 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814
ایمیل: privacycoordinator@dmhc.ca.gov
شماره تلفن: 1-888-466-2219
فکس: 916-255-5241

از حقوق خود بدون نگرانی استفاده کنید

در صورتی که تصمیم به تسلیم شکایت نموده یا می‌خواهید از هر یک از حقوق حریم خصوصی مندرج در این اطلاعیه استفاده نمایید، CalOptima Health نمی‌تواند مزایای مراقبت درمانی شما را پس گرفته یا کاری در جهت آسیب رساندن به شما به هر شکلی انجام دهد. این اطلاعیه همه برنامه‌های خدمات درمانی CalOptima Health را شامل می‌شود.

اطلاعيه حفظ حريم خصوصي

CalOptima Health Notice of Privacy Practices_<F> rev. 07/31/26
MMP 4561 07/22/26 OOC

CalOptima Health, A Public Agency