

Ascension Illinois

إشعار مشترك لممارسات الخصوصية

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

التزامنا

نحن ملتزمون بالحفاظ على خصوصية وسرية معلوماتك الصحية. يصف هذا الإشعار حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية وكيف يمكننا استخدام معلوماتك والكشف عنها (مشاركتها).

من يتبع هذا الإشعار

يتبع هذا الإشعار جميع الموظفين (المنتسبين)، والطاقم الطبي، والمتدربين، والطلاب، والمتطوعين، والمقاولين، والبائعين، والوكلاء، وأعضاء القوى العاملة في Ascension Illinois. تشمل Ascension Illinois جميع مستشفيات Ascension ومراكز الرعاية المتنقلة والصيدليات والمختبرات وممارسات الأطباء وموفري خدمات Ascension للرعاية الصحية الآخرين الموجودين في ولاية إلينوي. قد تعمل بعض المواقع ككيان مغطى تابع (ACE) لأغراض الامتثال لقواعد قانون HIPAA. تشارك Ascension Illinois أيضاً في ترتيب رعاية صحية منظمة مع مواقع Ascension الأخرى ويجوز لها استخدام معلوماتك ومشاركتها بين بعضها البعض للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية المتعلقة بهذه الترتيبات ووفقاً لما تسمح به قواعد قانون HIPAA. للحصول على قائمة كاملة بالمواقع، يرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية في Ascension Illinois ("مسؤول الخصوصية") كما هو موضح في هذا الإشعار.

كيف يمكننا استخدام وتبادل المعلومات الخاصة بك

يصف هذا الإشعار الطرق المختلفة التي قد نستخدم بها ونكشف (نشارك) معلوماتك الصحية وعندما نحتاج إلى إيداعك للقيام بذلك. قد نتصل بك عن طريق الهاتف أو البريد الإلكتروني أو رسالة نصية على الرقم أو العنوان الذي تقدمه لنا. عادةً ما نستخدم طرقاً مشفرة للتواصل معك إلكترونياً، ولكن قد يتم إرسال بعض الاتصالات بدون تشفير، مثل الرسائل النصية، وتزويدنا برقم هاتفك المحمول أو بريدك الإلكتروني، فإنك توافق على تلقي الرسائل بهذه الطريقة.

غالباً ما نستخدم معلوماتك ونشاركها لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. وهذا يعني أننا قد نستخدم معلوماتك ونشاركها، على سبيل المثال:

- مع موفري الرعاية الصحية الآخرين الذين يعالجونك أو مع صيدلية لتعبئة الوصفة الطبية الخاصة بك.
- مع خطة التأمين الخاصة بك أو جهة دفع أخرى لتحصيل المدفوعات مقابل خدمات الرعاية الصحية أو للحصول على موافقة مسبقة على الخدمات أو الأدوية.
- لدعم أعمالنا وتحسين رعايتك وتنقيف المتخصصين لدينا وتقييم أداء موفر الرعاية.
- مع شركائنا في العمل، الذين يقدمون خدمات لصالحنا أو بالنيابة عنا، مثل خدمة الفواتير، الذين يساعدوننا في عملياتنا التجارية. جميع شركائنا في العمل مطالبون بحماية خصوصية وأمن معلوماتك الصحية تماماً كما نفعل نحن.

يجوز لنا أيضاً استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية للاتصال بك للأسباب التالية:

- لإعلامك بخيارات العلاج البديلة الممكنة، والخدمات الجديدة، وفرص المشاركة في البحث، وفرص تزويدنا بالتعليقات على خدماتنا، والامتيازات أو الخدمات الأخرى المتعلقة بالصحة.
- لإعلامك برعايتك والخدمات القادمة بما في ذلك المواعيد أو تذكيرات إعادة التعبئة أو الإخطارات المتعلقة بالرعاية المماثلة.
- لأغراض جمع التبرعات من Ascension. لديك الحق في إلغاء الاشتراك في تلقي اتصالات جمع التبرعات عن طريق الرد كما هو مذكور في الاتصال أو عن طريق الاتصال بمسؤول الخصوصية.

يُسمح لنا أيضاً، وفي بعض الأحيان يكون ذلك مطلوباً بموجب القانون، باستخدام أو مشاركة معلوماتك مع مستلمين معينين للأسباب المذكورة أدناه. قد نضطر إلى تلبية متطلبات معينة قبل أن نتمكن من استخدام معلوماتك أو مشاركتها لهذه الأغراض. تتضمن بعض الأمثلة على كل منها:

- الصحة العامة والسلامة: الإبلاغ عن الأمراض المعدية أو المواليد أو الوفيات؛ والإبلاغ عن سوء المعاملة أو الإهمال أو العنف المنزلي؛ والإبلاغ عن ردود الفعل السلبية على الأدوية؛ وتجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة
- تطبيق القانون: لتحديد أو العثور على شخص مشتبه به أو هارب أو مفقود؛ للإبلاغ عن جريمة في المنشأة
- الإجراءات القضائية والإدارية: الرد على أمر محكمة أو إداري، مثل أمر استدعاء
- تعويضات العمال والطلبات الحكومية الأخرى: دعاوى أو جلسات استماع تعويض العمال؛ ووكالات الرقابة الصحية للأنشطة المصرح بها بموجب القانون؛ وظائف حكومية خاصة (عسكرية، أمن قومي)

- الإغاثة في حالات الكوارث: مشاركة موقعك وحالتك العامة لغرض إخطار عائلتك أو أصدقائك والوكالات المستأجرة بموجب القانون للمساعدة في حالات الطوارئ
 - الامتثال للقانون: إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية لمعرفة ما إذا كنا نتمثل لقانون الخصوصية الفيدرالي
 - الأبحاث: التحضير لدراسة بحثية؛ تحليل السجلات كجزء من مشروع تمت الموافقة عليه من قبل مجلس المراجعة المؤسسية (IRB) وتكون منخفضة المخاطر على خصوصيتك؛ الدراسات التي تتضمن معلومات المتوفين فقط
 - عرضيًا للاستخدام أو الكشف المسموح به: النداء باسمك في منطقة انتظار لتحديد موعد وقد يسمع الآخرون اسمك. نحن نبذل جهودًا معقولة للحد من هذه الاستخدامات أو عمليات الكشف العرضية.
 - إلى مدير الجنازات أو الطبيب الشرعي أو الفاحص الطبي حسب الحاجة للقيام بوظائفهم
 - للمنظمات التي تتعامل مع عمليات التبرع بالأعضاء أو الأنسجة أو العين وعمليات زرع الأعضاء حسب الحاجة للقيام بوظائفها
- تشارك أيضًا في العديد من عمليات تبادل المعلومات الصحية، أو التي يطلق عليها اختصارًا HIE، لمشاركة معلوماتك إلكترونيًا لأغراض الأخرى التي تسمح بها قواعد قوانين HIPAA أو التي يقتضيها القانون. يُطلب أيضًا من المشاركين الآخرين في عمليات تبادل المعلومات الصحية حماية معلوماتك. لديك الحق في إلغاء الاشتراك في إمكانية الوصول إلى معلوماتك في إطار عمليات تبادل المعلومات الصحية لجميع الأغراض غير المطلوبة بموجب القانون عن طريق الاتصال بمسؤول الخصوصية كما هو موضح في هذا الإشعار.

في الحالات التالية، قد نستخدم معلوماتك أو نشاركها ما لم تعترض أو تمنحنا إذنًا على وجه التحديد. إذا لم تكن قادرًا على منحنا إذنك، على سبيل المثال إذا كنت فاقداً للوعي، فقد نشارك معلوماتك إذا اعتقدنا أن ذلك يحقق أفضل مصالحك.

- مع عائلتك أو أصدقائك أو غيرهم من المشاركين في رعايتك أو دفع تكاليف رعايتك. على سبيل المثال، قد نقدم تحديثًا لعائلتك بشأن حالتك عندما تتعافى من الجراحة.
- للحصول على دليل المرافق والخدمات الدينية.

في الحالات التالية، لن نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها إلا إذا أعطيتنا إذنًا كتابيًا بذلك. يمكنك إلغاء هذا الإذن في أي وقت (باستثناء الحد الذي اعتمدنا فيه عليه) عن طريق الاتصال بمسؤول الخصوصية.

- لأغراض التسويق (على النحو المحدد في قواعد قانون HIPAA).
- لبيع معلوماتك أو للمدفوعات من جهات أخرى.
- المشاركة المعينة لملاحظات العلاج النفسي.
- أي أسباب أخرى غير مذكورة في هذا الإشعار.

قد يتم أيضًا تقييد استخدامنا وكشفنا عن بعض المعلومات الحساسة عن طريق القوانين الفيدرالية أو قوانين الولاية الأخرى. وهذا يشمل المعلومات المتعلقة بتعاطي الكحول والمخدرات، وعلم الوراثة، والصحة العقلية، وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز.

حقوقك

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، لديك حقوق معينة. يحق لك:

- **الوصول إلى المعلومات التي** نستخدمها لاتخاذ قرارات بشأن رعايتك وفحصها ونسخها. يحق لك معاينة نسخة ورقية أو إلكترونية والحصول عليها. إذا طلبت نسخة من المعلومات، فقد نفرض عليك رسومًا معقولة. سنقدم نسخة أو ملخصًا في غضون 30 يومًا (أو قبل ذلك وفقًا لقانون الولاية) وسنخبرك بأي تأخير.
- **طلب مراسلات سرية.** يمكنك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة معينة. سنقول "نعم" لجميع الطلبات المعقولة.
- **طلب تقييد.** يمكنك أن تطلب منا تقييد ما نستخدمه أو نشاركه في عمليات العلاج والدفع والرعاية الصحية. لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك وقد نرفضه. عندما تدفع مقابل الخدمات من جيبك بالكامل، وتطلب منا عدم مشاركة المعلومات مع خطة التأمين الخاصة بك، فسنتوافق على ذلك ما لم يتطلب القانون منا الكشف عن هذه المعلومات.
- **طلب تعديل.** يمكنك أن تطلب منا تعديل (إجراء تغييرات على) معلوماتك الصحية إذا كانت غير دقيقة أو غير كاملة. قد لا نوافق على طلبك، لكننا سنخبرك بالسبب كتابيًا في غضون 60 يومًا.
- **الحصول على قائمة بمن شاركنا معلوماتك معهم.** يمكنك أن تطلب قائمة (محابسية) بالأوقات التي شاركنا فيها معلوماتك ولماذا تصل إلى ست سنوات قبل طلبك. لن يتم تضمين جميع عمليات الكشف (المشاركة) في هذه القائمة، مثل تلك التي تم إجراؤها للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. سنقدم قائمة محاسبية واحدة مجانًا، ولكن قد نفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة إذا طلبت قائمة أخرى في غضون 12 شهرًا.
- **الحصول على نسخة من هذا الإشعار.** يمكنك أن تطلب منا أن نقدم لك نسخة (ورقية أو إلكترونية) من هذا الإشعار في أي وقت أو عرض نسخة على موقعنا على الويب <https://healthcare.ascension.org/npp>.
- **اختيار شخص ما للعمل نيابة عنك.** إذا كنت قد أعطيت شخصًا توكيلًا طبيًا أو إذا كان هناك شخص ما هو الوصي القانوني عليك، يمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ قرارات بشأن معلوماتك الصحية. في بعض الظروف، قد يكون الطفل القاصر قادرًا على اتخاذ القرارات أو ممارسة حقوقه بنفسه.

- **تقديم شكوى.** يمكنك تقديم شكوى إذا شعرت بانتهاك حقوقك. يمكنك الاتصال بمسؤول الخصوصية أو مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة. لن تتم معاقبتك أو التمييز ضدك أو الانتقام منك أو تخويفك بسبب تقديم شكوى.

مسؤولياتنا

- نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية.
- سنخاطر في حالة حدوث خرق قد يكون قد أضر بخصوصية أو أمان معلوماتك الصحية التي يمكن تحديدها.
- يجب أن نتبع الممارسات الموضحة في هذا الإشعار ونزودك بنسخة منه.
- لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها بخلاف ما هو موصوف هنا ما لم نخبرنا بأننا يمكننا فعل ذلك كتابةً. إذا أخبرتنا أنه يمكننا فعل ذلك، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت. أخبرنا كتابياً إذا غيرت رأيك.
- نحفظ بالحق في تغيير شروط هذا الإشعار وستنطبق التغييرات على جميع المعلومات التي لدينا عنك.

الأسئلة أو الشكاوى

إذا كان لديك سؤال أو ترغب في ممارسة حقوقك الموضحة في هذا الإشعار، يرجى الاتصال بمسؤول خصوصية Ascension Illinois في
Ascension Illinois Compliance Department, 7435 W. Talcott Ave, Chicago, IL 60631 عبر الهاتف على الرقم
833-727-1050، أو عن طريق البريد الإلكتروني عبر عنوان البريد الإلكتروني compliance.illinois@ascension.org. يجب تقديم معظم طلبات ممارسة حقوقك كتابةً. لتقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية، قم بمراسلته على العنوان 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201، أو اتصل على الرقم 6775-696-877، أو قم بزيارة الموقع www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

يسري هذا الإشعار اعتباراً من 1/1/2023.