تنسيقات ولغات اخرى

يمكنك الحصول على هذا المستند مترجمًا إلى لغات أخرى أو بنسخة بخط كبير أو بطريقة برايل أو بالتنسيق الذى تُفضله مجانًا.

يُرجى التواصل مع Explore Health عبر البريد الإلكترونى exploreheath@oha.oregon.gov أو بالاتصال على الرقم 855-268-3767 (للاتصال الصوتى). نستقبل جميع المكالمات المُرحلة.

سياسه الخصوصيه

معلوماتك. حقوقك. ما يقع على عاتقنا من مسؤوليات.

بوجه عام، فإن معظم معلوماتك الصحية ومعلومات المطالبات التأمينية الخاصة بك تكون لدى شركة التأمين التى تتعامل معها، وليس لدى Explore Health ، أوالجهة المعنية بالتأمين الصحى فى ولاية أوريغون، أو هيئة الصحة فى ولاية أوريغون (OHA). ومع ذلك، بما أن Explore Health هى منصة التأمين الصحى التابعة لولاية أوريغون، فقد تتوفر لدينا بعض المعلومات عنك عند التحقق من استيفائك لشروط الحصول على تغطية تأمينية عبر المنصة، أو تحديد مدى إمكانية تأهلك للاستفادة من برامج خطة أوريغون الصحية (OHP)، أو التنسيق مع الخطة متى اقتضت الحاجة ذلك.

يبيّن هذا الإشعار أوجه استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها فى إطار برامج Explore Health وهيئة الصحة فى ولاية أوريغون (OHA) التى تشارك فى تحديد الأهلية وتنسيق الخدمات، كما يشرح كيفية الاطلاع على هذه المعلومات والوصول إليها. يُرجى مراجعته بعناية.

حقوقك

يحق لك ما يلى:

- طلب التواصل بسرية
- اطلب منا تقييد نطاق المعلومات التى نشاركها.
- طلب قائمة بالجهات التى أفصحنا لها عن معلوماتك.

- طلب نسخة من إشعار الخصوصية هذا.
- اختيار شخص ينوب عنك.
- تقدّم بشكوى إذا اعتقدت أن حقوقك في الخصوصية قد انتُهكت.

راجع الصفحة 3 لمعرفة المزيد عن هذه الحقوق وكيفية ممارستها.

الخيارات المتاحه لك

يمكنك الاختيار من بين عدة خيارات تتعلق بكيفية استخدامنا للمعلومات الخاصة بما يلي ومشاركتها:

- الإجابة عن أسئلة أفراد أسرتك وأصدقائك حول التغطية التأمينية.
- التسويق لخدماتنا. لا نستخدم معلوماتك الصحية المحمية (PHI) في التسويق إلا بعد الحصول على موافقتك الكتابية.
- بيع بياناتك. لا نبيع معلوماتك الصحية المحمية (PHI).

راجع الصفحتين 4 و5 لمعرفة المزيد عن هذه الخيارات وكيفية الاستفادة منها.

أوجه استخدام المعلومات والإفصاح عنها

يجوز لنا استخدام معلوماتك ومشاركتها في الحالات التالية:

- تسيير أعمالنا، بما يشمل التحقق من أهليتك للاستفادة من خطة أوريغون الصحية (OHP) ومن خدمات Explore Health، والتنسيق مع برامج الخطة.
- إجراء البحوث، بما يشمل المشاركة في الإجراءات التي تعتمدها لجنة المراجعة المؤسسية (IRB) لضمان حماية خصوصيتك وحقوقك.
- الالتزام بأحكام القانون
- التعامل مع طلبات تعويضات العمال، وطلبات جهات إنفاذ القانون، وغيرها من الطلبات الحكومية
- التعامل مع الدعاوى القضائية والإجراءات القانونية.

راجع الصفحتين 5 و6 لمعرفة المزيد عن هذه الخيارات وكيفية الاستفادة منها.

حقوقك

لك حقوق محددة فيما يخص معلوماتك الصحية.

يشرح هذا القسم حقوقك، إلى جانب بعض مسؤولياتنا في تقديم المساعدة لك.

طلب التواصل بسريه

- يمكنك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة محددة (مثل الاتصال بك على هاتف المنزل أو العمل)، أو إرسال المراسلات إلى عنوان مختلف.
- سندرس جميع الطلبات المعقولة، ويتعين علينا الموافقة عليها إذا أوضحت لنا أن عدم تلبيتها قد يعرّضك للخطر.

اطلب منا الحد من استخدام معلوماتك أو الإفصاح عنها

- يمكنك طلب عدم استخدام بعض معلوماتك الصحية أو مشاركتها في إطار عملياتنا.
- لا يتعين علينا قبول طلبك، ويحق لنا رفضه.

طلب قائمه بالجهات التي شاركنا معها معلوماتك

- يحق لك طلب سجل بالإفصاحات التي أجريناها بشأن معلوماتك الصحية خلال السنوات الست السابقة لتاريخ تقديم طلبك، يبيّن متى تم الإفصاح عن تلك المعلومات، ولمن تم الإفصاح عنها، ولأي غرض.
- سيتضمن السجل جميع حالات الإفصاح عن المعلومات، عدا ما يتعلق منها بالعلاج، وسداد تكاليف الرعاية الصحية، والعمليات التشغيلية للرعاية الصحية، وبعض الحالات الأخرى. يحق لك الحصول على سجل واحد بالإفصاحات مجانًا كل عام، بينما تُفرض رسوم معقولة محسوبة على أساس التكلفة إذا طلبت سجلًا إضافيًا خلال 12 شهرًا.

طلب نسخه من إشعار الخصوصيه هذا.

- يحق لك طلب نسخة مطبوعة من هذا الإشعار في أي وقت، حتى لو سبق أن وافقت على استلامه إلكترونيًا. سنقدّم لك نسخة ورقية في أقرب وقت ممكن.

اختيار شخص ينوب عنك.

- إذا كنت قد فوّضت شخصًا بموجب توكيل طبي، أو كان شخص ما وصيًا قانونيًا عليك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ الخيارات المتعلقة بمعلوماتك الصحية.
- سنتأكد من أن الشخص لديه هذه الصلاحية وأنه يحق له التصرف نيابة عنك، وذلك قبل اتخاذ أي إجراء.

تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن حقوقك قد انتُهكت.

- إذا كنت تعتقد أننا انتهكنا حقوقك، فيمكنك تقديم شكوى من خلال التواصل معنا عبر بيانات الاتصال الموضحة في الصفحتين 8 و9.
- يحق لك التقدّم بشكوى إلى مكتب الحقوق المدنية بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، عن طريق إرسال رسالة إلى العنوان: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. الرمز البريدي 20201، أو الاتصال هاتفيًا على الرقم 877-696-6775، أو زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- لن نمارس أي شكل من أشكال الانتقام ضدك إذا تقدمت بشكوى.

الخيارات المتاحه لك

يمكنك تحديد تفضيلاتك بشأن الإفصاح عن بعض المعلومات الصحية. إذا كنت تفضّل طريقة معينة للإفصاح عن معلوماتك في أي من الحالات الموضحة أدناه، فتحدّث إلينا بشأن ذلك. يرجى إبلاغنا بما تودّ منا القيام به، وسنتبع توجيهاتك.

في هذه الحالات، تتمتع بالحق في تحديد ما ترغب فيه وإبلاغنا بما يلي:

- مشاركة المعلومات مع أفراد أسرتك أو أصدقائك المقربين أو غيرهم ممن يشاركون في دفع تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لك.
- مشاركة المعلومات في حالات الكوارث التي تستدعي تقديم المساعدة والإغاثة، إذا تعذّر عليك إبلاغنا برغبتك. فعلى سبيل المثال، إذا كنت في حالة فقدان للوعي، فقد نُفصح عن معلوماتك إذا رأينا أن ذلك يحقق مصلحتك. قد نفصح أيضًا عن معلوماتك إذا كان ذلك ضروريًا للحد من خطر جسيم ووشيك يهدد الصحة أو السلامة.

في هذه الحالات، لا نشارك معلوماتك أبدًا دون الحصول على موافقه كتابيه منك:

- الأغراض التسويقية
- بيع معلوماتك
- معظم الملاحظات المتعلقة بالعلاج النفسي

أوجه استخدام المعلومات والإفصاح عنها

كيف نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها عادةً؟

نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها في المعتاد للأغراض التالية:

تسيير أعمال مؤسستنا

- يمكننا استخدام معلوماتك والإفصاح عنها لتسيير أعمال مؤسستنا والتواصل معك عند الحاجة.
- لا يجوز لنا استخدام المعلومات الجينية لاتخاذ قرار بشأن تسجيلك في خطة صحية من عدمه.

كيف يمكننا أيضًا استخدام معلوماتك الصحيه أو الإفصاح عنها؟

يُسمح لنا بالإفصاح عن معلوماتك بطرق أخرى، أو قد يُطلب منا ذلك بموجب القانون، وعادةً ما يكون ذلك لأغراض تحقق المنفعة العامة، مثل الصحة العامة والبحث العلمي. يجب علينا الالتزام بعدد من الشروط المنصوص عليها في القانون قبل الإفصاح عن معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى الرابط التالي: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

المساهمه في التعامل مع مشكلات الصحه العامه والسلامه

- يمكننا الإفصاح عن معلوماتك الصحية في ظروف محددة، من بينها:
- الوقاية من الأمراض
- المساعدة في عمليات سحب المنتجات من الأسواق
- الإبلاغ عن الآثار الضارة للأدوية
- الإبلاغ عن حالات الاشتباه في الإساءة، أو الإهمال، أو العنف الأسري
- الوقاية من التهديدات الخطيرة التي قد تمس صحة أي شخص، أو سلامته أو الحد منها

إجراء الأبحاث

- يمكننا استخدام معلوماتك أو مشاركتها لأغراض البحث في المجال الصحي، بما في ذلك المشاركة في الإجراءات التي تعتمدها لجنة المراجعة المؤسسية (IRB) لضمان حماية خصوصيتك وحقوقك

الالتزام باحكام القانون

- سنشارك معلوماتك إذا اقتضت قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية ذلك، بما في ذلك مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية إذا رغبت في التحقق من امتثالنا لقانون الخصوصية الفيدرالي.

التعامل مع طلبات تعويضات العمال، وطلبات جهات إنفاذ القانون، وغيرها من الطلبات الحكوميه

- يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها:
- فيما يتعلق بمطالبات التعويض عن إصابات العمل.
- لأغراض إنفاذ القانون أو بالإفصاح عنها لأحد مسؤولي إنفاذ القانون
- للجهات المعنية بالرقابة على الرعاية الصحية لأغراض الأنشطة المصرّح بها قانونًا
- لأغراض المهام الحكومية الخاصة، مثل المهام العسكرية والأمن القومي وخدمات الحماية الرئاسية.

التعامل مع الدعاوى القضائيه والإجراءات القانونيه.

- يمكننا الإفصاح عن معلوماتك الصحية بناءً على أمر قضائي أو إداري، أو امتثالًا لأمر صادر عن المحكمة.
- قوانين الخصوصية الفيدرالية وقوانين الولايات: تتقيد Explore Health بمتطلبات التشريعات الفيدرالية وتشريعات الولايات الخاصة بالخصوصية، بما في ذلك التشريعات التي تنظم إساءة استخدام المخدرات والكحول وعلاجها، والحالات النفسية وعلاجها.
- إذا قامت Explore Health ، بموافقتك، بالإفصاح عن معلوماتك لشخص آخر، فقد لا تعود هذه المعلومات مشمولة بقواعد الخصوصية، وقد لا يكون متلقيها ملزمًا بالحفاظ على سريتها. قد يفصحون عن معلوماتك لشخص آخر دون الحصول على موافقتك.

ما يقع على عاتقنا من مسؤوليات

- يُلزمنا القانون بضمان سرية معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وأمنها.

- نعتمد وسائل حماية إلكترونية، مثل التشفير والتحكم في صلاحيات الوصول والتدقيق، لحماية معلوماتك والتأكد من عدم إمكانية الوصول إليها إلا من قِبل الموظفين المخوّلين بذلك.
- سنُحيطك علمًا في أقرب وقت ممكن إذا وقع أي انتهاك قد يهدد سرية معلوماتك أو أمنها. بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996، يتعين علينا إبلاغك دون تأخير غير مبرر، وبحد أقصى خلال 60 يومًا من اكتشاف الخرق.
- يتعين علينا التقيد بالالتزامات وممارسات الخصوصية المبينة في هذا الإشعار.
- لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها إلا وفقًا لما هو مبين في هذا الإشعار، ما لم تأذن لنا كتابيًا بخلاف ذلك. إذا وافقت على ذلك، فيحق لك التراجع عن موافقتك في أي وقت. يُرجى إخطارنا كتابة إذا عدلت عن قرارك.

لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى الرابط التالي:

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

التعديلات على بنود هذا الإشعار

يمكننا تغيير بنود هذا الإشعار، وستنطبق التغييرات على جميع المعلومات التي نحتفظ بها عنك. سيكون الإشعار الجديد متاحًا بناءً على طلبك، وكذلك على موقعنا الإلكتروني، وسنرسل إليك نسخة منه بالبريد إذا طلبت منا ذلك.

يسري إشعار ممارسات الخصوصيه هذا على Explore Health (منصه التامين الصحي في ولايه اوريغون).

لممارسه اي من حقوقك المتعلقه بالخصوصيه الواردة اعلاه، يمكنك الاتصال بـ Explore Health على الرقم 855-268-3767 (تُقبل جميع المكالمات عبر خدمات ترحيل الاتصالات) أو مراسلتها على البريد الإلكترونيexplorehealth@oha.oregon.gov.

إذا رغبت في الحصول على هذا الإشعار بلغه اخرى، او بخط كبير، او بطريقه برايل، او باي صيغه اخرى، فيُرجى الاتصال على الرقم 855-268-3767 (تُقبل جميع المكالمات عبر خدمات ترحيل الاتصالات).

Oregon Health Insurance Marketplace

Oregon Health Authority

PO Box 191

Salem, OR 97308

البريد الإلكتروني: explorehealth@oha.oregon.gov

الهاتف: 855-268-3767 (نرحب بجميع المكالمات عبر خدمات ترحيل الاتصالات).

تم إعداد السياسة 2026/30/10

Explore Health: Oregon’s Health Insurance Marketplace

PO Box 191

Salem, OR 97308

855-268-3767 (نرحب بجميع المكالمات عبر خدمات ترحيل الاتصالات)

ExploreHealthOR.gov