

إشعار ممارسات الخصوصية

يوضح هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى مراجعته بعناية.

في Providence Health Assurance (PHA)، نحن ملزمون بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية بحماية خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وفقاً لقانون اخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA). ويجب على Providence Health Assurance تزويديك بهذا الإشعار والالتزام بشروطه. ويشرح هذا الإشعار كيفية استخدام Providence Health Assurance المعلومات المتعلقة بك ومشاركتها لإدارة مزايتك، كما يطلعك على حقوقك بصفتك عضواً مل تقدير. كما يشرح لك كيفية ممارسة هذه الحقوق. تشير المعلومات الصحية المحمية، التي تُعرف أيضاً بـ معلوماتك الصحية، إلى المعلومات المتعلقة بصفتك أو بخدمات الرعاية الصحية التي تتلقاها والتي يمكن استخدامها للاستدلال على هوينك الفردية. وتشمل هذه المعلومات:

- تفاصيل عن صحتك الجسدية أو النفسية، أو حالتك المرضية في الماضي أو الحاضر أو المستقبل
- المعلومات المتعلقة بتقييم الرعاية الصحية إليك
- معلومات الدفع المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية التي تتلقاها

وبالإضافة إلى المعلومات الصحية المحمية، تقوم Providence Health Assurance أيضاً بحماية المعلومات المحددة لهوية الأشخاص (PII) الخاصة بك، والتي تشمل البيانات التي يمكن استخدامها لتحديد هوينك بشكل فردي، مثل اسمك أو عنوانك أو تاريخ ميلادك أو رقم الضمان الاجتماعي. وثُدر Providence Health Assurance حساسية هذه المعلومات، ولديها سياسات معمول بها لحمايتها من أي استخدام أو إفصاح أو وصول غير مصرح به. وتجمع Providence Health Assurance المعلومات المحددة لهوية الأشخاص كجزء من عملياتها التشغيلية للتحقق من هوينك، وإدارة حسابات الأعضاء، ودعم تقديم خدمات الخطة الصحية. وبُعد الحفاظ على حماية المعلومات المحددة لهوية الأشخاص المتعلقة بك عنصراً أساسياً في كسب ثقتك والحفاظ عليها بصفتك عضواً مل تقدير.

استخدام Providence Health Assurance معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها دون موافقة خطية

يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها لأغراض مختلفة. ستستخدم Providence Health Assurance المعلومات الصحية المحمية ويجوز أن تشاركها مع آخرين في أنشاء تقديم المزايا الصحية. الأمثلة أدناه مقدمة لتوضيح أنواع الاستخدامات والإفصاحات التي يجوز لـ Providence Health Assurance القيام بها دون موافقة منك للأغراض المتعلقة بالعلاج ودفع المستحقات وعمليات الرعاية الصحية.

العلاج:

- لا تقدم Providence Health Assurance علاجاً. فهذه مهمة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك، مثل طبيبك أو مستشفى ما.
- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها حسب الحاجة لتنسيق رعيتك أو إدارتها أو دعمها بالتعاون مع مقدمي الرعاية الصحية لديك.

دفع المستحقات:

- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها لمعالجة ودفع المطالبات المقيدة من مقدمي الرعاية الصحية.
- يجوز لـ Providence Health Assurance مشاركة شرح المزايا (EOB) مع المشترك في خطتك للمساعدة في دفع المطالبات.
- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها لتحصيل الأقساط واحتساب مبالغ تقاسم التكاليف.

عمليات الرعاية الصحية:

- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لمساعدتك في الاستفسارات المتعلقة بالمزايا أو المطالبات أو التغطية.
- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية لمراجعة جودة الرعاية والخدمات التي تتقاضاها.
- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية لتنسيق وتحسين خدمات الوقاية وبرامج التحكم في الحالات المرضية المزمنة (مثل اللاقات، أو فحوصات السرطان، أو برامج الربو أو السكري أو ارتفاع ضغط الدم).
- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لأغراض الإنابة القانونية أو المسؤولية تجاه طرف ثالث لاسترداد تكاليف الرعاية.
- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها إلى إحدى منظمات المراجعة المستقلة (IRO) إذا طلبت مراجعة خارجية لقرار متعلق بالتعطية.
- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لمنظمات الاعتماد والتصديق للحفاظ على تراخيص Providence Health Assurance واعتمداتها.
- يجوز لـ Providence Health Assurance استخدام الحد الأدنى الضروري من معلوماتك الصحية من سجلك الطبي الإلكتروني، مثل ملاحظات الخروج من المستشفى أو ملخصات العلاج، للمساعدة في تنسيق رعايتك أو ربطك بخدمات المتابعة.

الجهة الراعية للخطة/مسؤول الخطة

إذا كنت تتقاضى مزايا الخطة الصحية من خلال جهة عملك، فقد تقوم Providence Health Assurance بمشاركة معلومات محدودة مع مسؤول الخطة الصحية لدى جهة العمل التي تعمل لديها.

- يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية مع الجهة الراعية للخطة (جهة العمل أو الخطة الصحية الجماعية) فقط عند الحاجة إلى الحصول على عروض أو إدارة الخطة أو الإشراف عليها.
- إذا كانت جهة العمل تسهم في دفع قسطك لكنها لا تدفع مطالباتك الطبية، فإنها:

- لا يجوز لها الاطلاع على معلوماتك الصحية إلا بالقدر اللازم للحصول على عروض أو إدارة الخطة أو إنتهائها.

- يجب عليها الموافقة خطياً على حماية معلوماتك واستخدامها فقط على النحو المسموح به قانوناً.

مشاركة معلوماتك الصحية مع الأشخاص المشاركون في رعايتك

يجوز أن تشارك Providence Health Assurance معلوماتك الصحية في بعض الحالات مع أفراد العائلة أو الأصدقاء أو غيرهم من يشاركون في رعايتك أو دفع تكاليف رعايتك.

- يجوز لـ Providence Health Assurance مشاركة المعلومات عندما تمنحنا إذنك الشفهي أو الخطمي.
- إذا حدثت حالة طارئة ولم تتمكن من التواصل، فيجوز لـ Providence Health Assurance مشاركة المعلومات إذا رأى أن ذلك يخدم مصلحتك.
- يجوز لـ Providence Health Assurance أيضاً مشاركة المعلومات للمساعدة في حماية صحتك وسلامتك أو صحة وسلامة الآخرين.

طرق أخرى يجوز لـ Providence Health Assurance أن تستخدم بها معلوماتك الصحية وتشاركها دون موافقة

لأغراض القانونية وإنفاذ القانون

- عندما يقتضي القانون.
- استجابةً لأمر قضائي أو استدعاء أو أي طلب قانوني آخر.
- لمسؤولي إنفاذ القانون عندما يقتضي القانون ذلك، مثل تحديد مكان مشتبه به أو الإبلاغ بجريمة.
- للوكالات الحكومية المعنية بالأمن القومي أو العسكرية أو خدمات الحماية.

لأغراض الإشراف والامتثال

- اللوكلات الحكومية التي تشرف على الرعاية الصحية، مثل مجالس الترخيص أو المدققين أو جهات التنظيم.
- وزير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات الأمريكية الذي يشرف على امتثالنا لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة.

لأغراض البحث

- لأغراض البحث بشرط أن يسمح القانون بذلك ومع الالتزام بالحمايات المطلوبة.

لأغراض التبرع بالأعضاء والشوؤن المتعلقة بالمتوفين

- للمساعدة في تحديد هوية شخص متوفى، أو تحديد سبب الوفاة، أو تسهيل التبرع بالأعضاء أو الأنسجة.

مع شركاء الأعمال

- للائعين أو المتعاقدين (المعروفين باسم "شركاء الأعمال") الذين يساعدون Providence Health Assurance في الإدارة وتقييم الخدمات. ويُلزم القانون هؤلاء الشركاء بحماية معلوماتك.

الإفصاحات التي تتطلب موافقتك الخطية

تلزム Providence Health Assurance بالحصول على موافقتك الخطية لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها، مع استثناءات محدودة، للأسباب الآتية:

- التسويق. ستطلب Providence Health Plan موافقتك الخطية لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لأغراض التسويق مع استثناءات محدودة، مثل عندما نتواصل معك وجهاً لوجه لأغراض التسويق أو عندما نقدم هدايا ترويجية ذات قيمة رمزية.
- بيع المعلومات الصحية المحمية. لا تقوم Providence Health Plan ببيع معلوماتك الصحية المحمية أو المعلومات المحددة لهوية الأشخاص، ويجب أن تطلب موافقتك الخطية قبل أي إفصاح يُعد من أشكال البيع لمعلوماتك الصحية المحمية.
- إفصاحات أو استخدامات أخرى. لن تُجرى أي استخدامات أو إفصاحات أخرى لمعلوماتك الصحية المحمية غير تلك الموضحة في هذا الإشعار إلا بالحصول على موافقتك الخطية، ما لم يسمح القانون بخلاف ذلك أو يقتضي خلاف ذلك.

حماية خصوصية إضافية للمعلومات الصحية الحساسة

قد تتطلب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية حماية معززة للخصوصية بالنسبة إلى أنواع معينة من المعلومات الصحية. وقد تشمل هذه المعلومات ما يتعلق بالآتي:

- استخدام الكحول والمخدرات ومواد الإدمان (معلومات الإحالة والتشخيص والعلاج)
- رعاية تأكيد الهوية الجنسانية
- المعلومات الوراثية (الخدمات أو الاختبارات)
- فيروس نقص المناعة البشرية (الفحص والعلاج)
- ملاحظات العلاج النفسي أو تقديم المشورة
- الرعاية الصحية الإنجابية

إذا تلقت **Providence Health Assurance** معلومات عن اضطراب تعاطي مواد الإدمان من برنامج تدعمه الحكومة الفيدرالية ويُخضع للجزء الثاني من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، فإنه يتبع على **Providence Health Assurance** تطبيق ضمانات إضافية لحماية معلوماتك المتعلقة باضطرابات تعاطي مواد الإدمان.

- إذا منحت موافقة عامة لبرنامج الجزء الثاني تسمح باستخدام معلوماتك أو الإفصاح عنها لأغراض العلاج أو دفع المستحقات أو عمليات الرعاية الصحية، فيجوز لـ **Providence Health Assurance** استخدام هذه المعلومات والإفصاح عنها وفقاً لما يسمح به قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة.
- إذا منحت موافقة محددة مباشرةً لـ **Providence Health Assurance** أو طرف آخر، فستستخدم **Providence Health Assurance** معلوماتك ضمن الجزء الثاني وتقصي عنها فقط حسب ما هو منصوص عليه صراحةً في تلك الموافقة.
- يجوز لـ **Providence Health Assurance** استخدام هذه المعلومات أو الإفصاح عنها لأغراض العلاج أو دفع المستحقات أو عمليات الرعاية الصحية.

- لن تستخدم Providence Health Assurance سجلاتك ضمن الجزء الثاني، أو أي شهادة متعلقة بها، أو تفصح عنها في الإجراءات المدنية أو الجنائية أو الإدارية أو النشرية دون موافقتك أو دون أمر قضائي يُخطرك قبل تسليمها.

إذا كانت معلوماتك الصحية خاضعة لحماية معززة، فيجوز لـ Providence Health Assurance الإفصاح عنها فقط بعد حصولها على موافقتك الخطية المسبقة، ما لم يسمح القانون بخلاف ذلك أو يقتضي خلاف ذلك.

إلغاء الموافقة

- يمكنك إلغاء موافقتك خطياً في أي وقت قبل انتهاء صلاحيتها.
- إذا تمت مشاركة معلوماتك بناءً على إذنك، فقد يعاد الإفصاح عنها من قبل أطراف أخرى، وقد لا تعود خاضعة للحماية بموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية أو الخاصة بالولاية.
- قد تقييد بعض القوانين إعادة الإفصاح عن أنواع معينة من المعلومات الصحية الحساسة، مثل معلومات الصحة النفسية، أو المعلومات الوراثية، أو معلومات اضطرابات تعاطي مواد الإدمان (التشخيص أو العلاج أو الإحالة).

حقوق الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية

الحق في الوصول إلى معلوماتك الصحية:

- يحق لك بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة طلب نسخة من معلوماتك الصحية التي تحافظ بها Providence Health Assurance.
- يمكنك طلب معلوماتك الصحية في نسخة ورقية أو بصيغة إلكترونية. وستقوم Providence Health Assurance بتوفيرها بالصيغة التي تطلبها إذا كانت متاحة. وإن لم تكن متاحة فسيتم توفيرها بصيغة مقرورة.
- تشترط Providence Health Assurance تقديم طلب الحصول على معلوماتك الصحية خطياً.
- إذا رفضت Providence Health Assurance طلبك للحصول على معلوماتك الصحية، فستقوم بإخبارك خطياً مع توضيح السبب وبيان كيفية الطعن أو الرد على القرار.
- كما يحق لك أيضاً طلب نسخة من سجلاتك الطبية من طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر.

الحق في الحصول على بيان بالإفصاحات عن معلوماتك الصحية:

- يحق لك بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة الحصول على قائمة بالإفصاحات التي قامت Providence Health Assurance بإيرائها بشأن معلوماتك الصحية، باستثناء الإفصاحات التي تمت لأغراض العلاج أو دفع المستحقات أو عمليات الرعاية الصحية، أو تلك التي تمت بناءً على موافقة منك.
- قد تشمل هذه القائمة الإفصاحات التي تمت لأغراض الإبلاغ بالصحة العامة، أو لإنفاذ القانون، أو للامتثال لمتطلبات قانونية أخرى.
- تشترط Providence Health Assurance تقديم طلب للاطلاع على بيان بالإفصاحات خطياً، مع تحديد الفترة الزمنية التي تطلبها.
- لا يجوز أن تتجاوز الفترة الزمنية المطلوبة ست سنوات من تاريخ تقديم طلبك.

الحق في تعديل معلوماتك الصحية:

- يحق لك بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة طلب تعديل معلوماتك الصحية التي تحفظ بها Providence Health Assurance إذا كنت ترى أنها غير دقيقة أو غير مكتملة.
- تشرط Providence Health Assurance تقديم طلب تعديل معلوماتك الصحية خطياً.
- في حال موافقة Providence Health Assurance على طلبك، ستتم إضافة التعديل إلى سجلك، وستقوم Providence Health Assurance بإخطار الجهات الأخرى التي تلقت المعلومات الأصلية، إذا كان من الضروري إبلاغها بالتغيير.
- إذا رفضت Providence Health Assurance طلبك لتعديل معلوماتك الصحية، فستقوم بإخطارك خطياً مع توضيح السبب وبيان كيفية الطعن أو الرد على القرار.

الحق في سرية الاتصالات:

- يحق لك بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة أن تطلب تواصل Providence Health Assurance معك باستخدام وسيلة محددة أو في موقع بديل إذا كنت ترى أن الإفصاح عن معلوماتك الصحية قد يعرّضك للخطر. على سبيل المثال، يجوز لك أن تطلب من Providence Health Assurance إرسال معلوماتك الصحية عبر البريد الأمريكي فقط أو إلى عنوان غير عنوان منزلك. وستستجيب Providence Health Assurance للطلبات المعقولة.
- يحق لجميع أعضاء Providence Health Assurance طلب إرسال معلوماتهم الصحية إلى عنوان مختلف إذا كان إرسالها إلى العنوان الحالي قد يعرّضهم للخطر. وستستجيب Providence Health Assurance للطلبات المعقولة من هذا النوع. ولن تطلب منك توضيح سبب اعتقادك بوجود خطر لمعالجة طلبك. كما لديك الحق في تقديم هذا الطلب خطياً أو شفهياً.
- توفر بعض قوانين الولاية حماية إضافية لخصوصية، حيث يحق للأعضاء طلب إرسال معلومات الخطة التي تتضمن معلومات صحية أو شخصية إلى عنوان آخر، أو منع Providence Health Assurance من الإفصاح عن معلوماتك لحامل الوثيقة/المشتراك. ويجب تقديم هذه الطلبات الخاصة بالولاية خطياً.

الحق في طلب فرض قيود على استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها

- لديك الحق بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة في أن تطلب منا تقييد أو تحديد كيفية استخدامنا معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لأغراض العلاج أو دفع المستحقات أو عمليات الرعاية الصحية. وفي حالة موافقتنا، ستمثل طلبك ما لم تكن المعلومات مطلوبة لحالات الطوارئ. ورغم أننا سننظر في طلبك للتقييد، فإن القانون لا يلزمنا بالموافقة، حيث قد تكون بعض الطلبات غير ممكنة بناءً على عملياتنا أو التزاماتنا القانونية.
- تشرط Providence Health Assurance تقديم طلبك لتقييد معلوماتك خطياً.

الحق في تلقي إشعار في حالة اختراق معلوماتك الصحية

- يحق لك بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة تلقي إشعار إذا ثبّتت أن معلوماتك الصحية قد تعرضت لاختراق.

- ستقوم Providence Health Assurance بتوفير هذا الإشعار دون تأخير غير معقول، وبعد أقصى خلال 60 يوماً من اكتشاف الاختراق. وسيشمل الإشعار وصفاً لما حدث، ونوع المعلومات المتأثرة، والإجراءات التي اتخذتها Providence Health Assurance للتحقق ومنع أي إفصاحات مستقبلية، والخطوات التي يمكن اتخاذها لحماية نفسك من أي ضرر محتمل، وكيفية التواصل مع Providence Health Assurance للحصول على مزيد من المعلومات.

آلية Providence Health Assurance في حماية معلوماتك وتأمينها

يطلب من جميع مقدمي الرعاية الالتزام بسياسات الأمان والخصوصية الخاصة بقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة. لدى Providence Health Assurance سياسات وإجراءات معمول بها لضمان سرية معلوماتك الصحية. وتحافظ Providence Health Assurance على معلوماتك الصحية الشفوية والخطية والإلكترونية من خلال تطبيق ضمانت إدارية (السياسات)، وتقنية (التشفير)، ومادية (التخزين المؤمن)، بما يتوافق مع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. تشمل بعض الطرق التي نحمي بها معلوماتك:

- يطلب من مقدمي الرعاية لدينا:
 - توقيع اتفاقية الاستخدام المقبول وبيان السرية وعدم الإفصاح.
 - إتمام تدريبات الخصوصية والأمان عند التوظيف وعلى أساس سنوي.
 - الوصول إلى معلوماتك الصحية فقط عند الحاجة إلى أداء مهامهم الوظيفية.
 - التخلص الآمن من المعلومات الصحية الخطية.
 - الإبلاغ بأي انتهاكات للخصوصية أو الأمان.
 - استخدام عمليات تسجيل دخول وكلمات مرور آمنة للوصول إلى أنظمة Providence Health Assurance.
 - العمل في أنظمة محمية بجدار حماية، وتشفير، وبروتوكولات نسخ احتياطي للبيانات.
 - ارتداء بطاقات هوية عند دخول مبني Providence Health Assurance.
- تتضمن اتفاقيات Providence Health Assurance مع مقدمي الخدمات أحکاماً للسرية تلزمهم بحماية معلوماتك الصحية وفق قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة وقوانين الخصوصية الأخرى المعمول بها.
- تراقب Providence Health Assurance أنظمتها لاكتشاف الوصول غير المصرح به إلى معلوماتك الصحية ومنعه.
- تحصر Providence Health Assurance استخدام أو مشاركة المعلومات الصحية في القدر اللازم فقط لتحقيق الغرض المقصود.
- تشترط Providence Health Assurance على البائعين والمعاقددين الذين يتعاملون مع معلوماتك الالتزام بمعايير الخصوصية والأمان.

كيفية ممارسة حقوقك بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة:

يمكنك أيضاً العثور على نماذج الخصوصية وموافقة الأعضاء على موقعنا الإلكتروني على الرابط الآتي:

<https://www.providencehealthplan.com/medicare/medicare-advantage-plans/members/forms-and-documents>

يمكنك أيضًا استخدام بوابتنا الآمنة عبر الإنترنت لطرح الأسئلة المتعلقة بالخصوصية. ستحتاج إلى تسجيل الدخول إلى حسابك على **MyProvidence**، أو إنشاء حساب إذا لم يكن لديك حساب بعد: www.myprovidence.com

يمكنك استخدام حقوقك بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة عن طريق التواصل مع خدمة العملاء.

- إذا كانت لديك أي أسئلة حول معلوماتك الصحية أو إذا كنت ترى أن حقوقك في الخصوصية قد تم انتهاكيها، فيرجى التواصل مع خدمة العملاء على الأرقام الآتية:
503-574-8000 أو 503-603-2340-1. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- نعمل سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. (بتوقيت المحيط الهادئ). ولا نعمل في أيام السبت والأحد خلال الفترة من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

يمكنك تقديم الشكاوى إلى Providence Health Assurance خطياً على العنوان الآتي:

Providence Health Assurance
عنابة: قسم الطعون والظلمات
صندوق بريد 4327
بورتلاند، أوريغون 97208-4327

إذا كانت لديك أي أسئلة أو مخاوف بشأن ممارسات الخصوصية لدى Providence Health Assurance أو حقوقك المتعلقة بالخصوصية، فيرجى التواصل مع الخط الساخن الخاص بحقوق الخصوصية وفق قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة على الرقم 574-7770 (503).

يحق لك أيضًا تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة الأمريكية إذا كنت ترى أن حقوقك في الخصوصية قد تم انتهاكيها. ولن تتخذ Providence Health Assurance أي إجراء ضدك بسبب تقديم شكوى. ويمكنك التواصل مع مكتب الحقوق المدنية على العنوان الآتي:

مكتب الحقوق المدنية
وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة الأمريكية
200 Independence Avenue, S.W.
الغرفة 509F، المبني HHH
واشنطن، مقاطعة كولومبيا 20201

الخطوط الساخنة الصوتية لمكتب الحقوق المدنية: 1019-368-800-1
البريد الإلكتروني: OCRComplaint@hhs.gov
الموقع الإلكتروني: [مكتب الحقوق المدنية](https://www.hhs.gov/ocr/index.html)

حقوقك في استلام هذا الإشعار

- يحق لك طلب نسخة من هذا الإشعار في أي وقت، بما في ذلك نسخة ورقية، حتى لو كنت قد وافقت على استلامه الإلكتروني.
- يجوز لـ Providence Health Assurance تعديل شروط هذا الإشعار في أي وقت. وفي حال حدوث ذلك، سيُطبّق الإشعار المحدث على جميع المعلومات الصحية التي تحفظ بها Providence Health Assurance.
- ستقوم Providence Health Assurance بنشر الإشعار المعديل على موقعها الإلكتروني بدءاً من تاريخ سريان التغيير.
- كما سُتدرج Providence Health Assurance الإشعار المعديل ضمن المراسلة السنوية التالية الموجهة إلى الأعضاء.

سيكون أحدث إصدار متاحاً دائماً عبر الإنترن特 على الرابط الآتي:

<https://www.providencehealthplan.com/medicare/medicare-advantage-plans/members/notice-of-privacy-practices>

تاريخ سريان هذا الإشعار

كان تاريخ السريان الأصلي لهذا الإشعار هو 14 أبريل 2003. ويُشار إلى تاريخ المراجعة الأخير في تذليل هذا الإشعار.