

إشعار ممارسات الخصوصية

هذا الإشعار يشرح كيف يمكن استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. كما يُقدّم هذا الإشعار معلومات حول حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الطبية، وكيفية تقديم شكوى بشأن انتهاك خصوصية أو أمن معلوماتك الطبية، أو انتهاك حقوقك المتعلقة بها. يحق لك الحصول على نسخة من هذا الإشعار ومناقشته معنا. يرجى مراجعته بعناية.

I. من نحن

العيادة والمؤسسة ومقدمي الخدمات الصحية في هذا الإشعار هم أعضاء في كيان مغطى مرتبط بـ Solaris Health. الكيان المغطى المرتبط هو مجموعة من المؤسسات تحت نفس الملكية أو التحكم وتختار نفسها ككيان مغطى مرتبط لأغراض الامتثال لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة ("HIPAA"). يلتزم مقدم الخدمة والمؤسسة والموظفون وأعضاء الكيان المغطى المرتبط الذين يشاركون في تقديم وتنسيق الرعاية الصحية باتباع شروط إشعار ممارسات الخصوصية هذا ("الإشعار"). سيقوم أعضاء الكيان المغطى المرتبط بمشاركة المعلومات الصحية المحمية مع بعضهم البعض لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية للكيان المغطى المرتبط كما يسمح به قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة وهذا الإشعار. للحصول على قائمة كاملة بأعضاء الكيان المغطى المرتبط، يرجى الاتصال بمكتب الخصوصية من خلال بيانات الاتصال الموضحة في آخر هذا الإشعار.

II. التزامات الخصوصية

نحن ندرك أن معلوماتك الصحية شخصية ونحن ملتزمون بحماية خصوصيتك. بالإضافة إلى ذلك، يتعين علينا قانونيًا الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية، وتقديم هذا الإشعار بواجباتنا وممارسات الخصوصية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية، وإخطارك في حالة حدوث انتهاك لمعلوماتك الصحية المحمية غير المؤمنة. عندما نستخدم أو نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية، يتعين علينا الامتثال لشروط هذا الإشعار (أو إشعار آخر ساري المفعول في وقت استخدام أو الإفصاح).

III. الاستخدامات والإفصاح المصرح به دون موافقة كتابية منك

في حالات معينة، كما سنشرح في القسم IV أدناه، يجب علينا الحصول على موافقتك الكتابية لاستخدام و/أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية. ومع ذلك، ما لم تكن المعلومات الصحية المحمية هي معلومات عالية الخصوصية (كما هي معرّفة أدناه) وكان القانون الساري الذي ينظم هذه المعلومات عالية الخصوصية يفرض قيودًا خاصة علينا، يمكننا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها بدون الحصول على تفويضك الكتابي للأغراض التالية:

1. **العلاج.** نستخدم ونفصح عن معلوماتك الصحية المحمية لتقديم العلاج والخدمات الأخرى لك، على سبيل المثال، لتقديم الرعاية الطبية أو استشارة طبيبك حول علاجك. قد نستخدم معلوماتك للاتصال بك لتقديم تذكيرات بالمواعيد أو لتوصية بعلاجات بديلة أو وسائل علاجية أو مقدمي رعاية صحية آخرين أو إعدادات الرعاية لك، أو لوصف منتج أو خدمة ذات صلة بالصحة. قد نفصح أيضًا عن المعلومات الصحية المحمية لمقدمي الخدمات الصحية الآخرين المعنيين بعلاجك.

2. **الدفع.** قد نستخدم ونفصح عن المعلومات الصحية المحمية للحصول على مدفوعات لخدمات الرعاية الصحية التي نقدمها لك، على سبيل المثال، الإفصاح للمطالبة بالدفع من مديكير، أو مديكيد، أو شركة التأمين الصحي الخاصة بك، أو منظمة الحفاظ على الصحة، أو شركة أو برنامج آخر ينظم أو يدفع تكلفة رعايتك الصحية ("جهة الدفع الخاصة بك") للتحقق من أن جهة الدفع الخاصة بك ستدفع ثمن الرعاية الصحية. قد نفصح أيضًا عن المعلومات الصحية المحمية لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يلزمهم الحصول على هذه المعلومات لتلقي المدفوعات عن الخدمات التي يقدمونها لك.

3. **عمليات الرعاية الصحية.** قد نستخدم ونفصح عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لأغراض عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا، والتي تشمل الإدارة الداخلية والتخطيط والأنشطة المختلفة التي تحسن جودة الرعاية التي نقدمها لك من حيث التكلفة. على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الصحية المحمية لتقييم جودة وكفاءة موظفينا و/أو متخصصي الرعاية الصحية الآخرين. يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لمدير المكتب و/أو مسؤول الخصوصية لدينا لحل أي شكوى قد تكون لديك وضمن رضاك عن خدماتنا. قد يتم تقديم المعلومات الصحية المحمية إلى مختلف الهيئات الحكومية أو الهيئات المعتمدة للحفاظ على ترخيصنا واعتمادنا. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم مشاركة المعلومات الصحية المحمية مع الشركاء التجاريين الذين يقومون بالخدمات العلاجية والدفع وعمليات الرعاية الصحية نيابة عن العيادة، والمؤسسة، ومقدمي الخدمات الصحية. علاوة على ذلك، قد يتم استخدام أو الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية للسماح للطلاب والمتدربين والمرضى والأطباء وغيرهم ممن يهتمون بالرعاية الصحية أو يسعون لتطوير مساراتهم المهنية في المجال الطبي أو يرغبون في فرصة تعليمية للقيام بجولات أو متابعة الموظفين و/أو أعضاء هيئة التدريس من الأطباء أو للمشاركة في التدريب التعليمي السريري.

4. **المنتجات أو الخدمات الصحية.** قد نرسل إليك تذكيرات بتجديد الوصفات الطبية أو نتواصل معك بشأن دواء أو منتج بيولوجي موصوف لك حاليًا. بالإضافة إلى ذلك، قد نستخدم معلوماتك الصحية الشخصية أو نفصح عنها لإعلامك بالمنتجات أو الخدمات الصحية.

5. تبادل المعلومات الصحية: قد نفصح عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين أو كيانات الرعاية الصحية الأخرى لأغراض العلاجية والدفع وعمليات الرعاية الصحية، وفقاً لما يسمح به القانون، من خلال تبادل المعلومات الصحية. على سبيل المثال، يمكن أن تكون معلومات حول الرعاية الصحية السابقة لك والحالات الصحية والأدوية الحالية متاحة للأطباء الآخرين إذا شاركوا في تبادل المعلومات الصحية. يمكن أن يوفر تبادل المعلومات الصحية وصولاً أسرع وتنسيقاً أفضل للرعاية ومساعدة مقدمي الرعاية ومسؤولي الصحة العامة في اتخاذ قرارات علاجية أكثر إفادة. يمكنك أن الانسحاب من تبادل المعلومات الصحية ومنع مقدمي الخدمات من البحث عن معلوماتك من خلال التبادل. يمكنك الانسحاب ومنع البحث عن معلوماتك الطبية من خلال منظمة المعلومات الصحية عن طريق استكمال وتقديم نموذج الانسحاب إلى privacyoffice@solarishp.com. يمكن الحصول على قائمة بتبادلات المعلومات الصحية التي تشارك فيها هذه المنشأة عند الطلب أو يمكن العثور عليها على موقعنا على الويب على www.solarishealthpartners.com أو موقع الكيان المغطى المرتبط.
6. وفقاً لما يتطلبه القانون: قد نستخدم ونفصح عن معلوماتك الصحية المحمية عند الضرورة وفقاً لأي قانون فيدرالي، أو قانون ولاية، أو قانون محلي ذو صلة.
7. أنشطة الصحة العامة: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية: (1) للإبلاغ عن معلومات صحية لسلطات الصحة العامة بغرض منع أو مراقبة الأمراض أو الإصابات أو الإعاقة؛ (2) للإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم إلى جهة حكومية مخولة قانونياً بتلقي مثل هذه التقارير؛ (3) للإبلاغ عن معلومات حول المنتجات تخضع لسلطة إدارة الغذاء والدواء الأمريكية؛ (4) لتنبيه الشخص الذي قد يكون عرض للإصابة بمرض معد أو قد يكون عرضة للإصابة بالمرض أو نشره؛ و (5) للإبلاغ عن معلومات لجهة عمك حسب الحاجة وفقاً للقوانين المتعلقة بالأمراض والإصابات المرتبطة بالعمل أو المراقبة الطبية في مكان العمل.
8. ضحايا الإساءة، أو الإهمال، أو العنف الأسري: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إذا كنا نعتقد بشكل منطقي أنك ضحية للإساءة، أو الإهمال، أو العنف الأسري لجهة حكومية مخولة قانونياً بتلقي تقارير عن مثل هذه الإساءة، أو الإهمال، أو العنف الأسري.
9. أنشطة مراقبة الصحة: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى وكالة ترأقب النظام الصحي وتتولى مسؤولية ضمان الامتثال بقواعد برامج الصحة الحكومية مثل ميديكير أو ميديكيد.
10. الإجراءات القضائية والإدارية: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية خلال إجراءات قضائية أو إدارية استجابةً لأمر قانوني أو عملية قانونية أخرى.
11. مسؤولي تنفيذ القانون: قد نكشف معلوماتك الصحية المحمية للشرطة أو مسؤولي تنفيذ القانون الآخرين كما يقتضيه القانون أو وفقاً لأمر قضائي. على سبيل المثال، يمكن أن يتم الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لتحديد هوية أو موقع مشتبه به، أو هارب، أو شاهد فعلي، أو شخص مفقود أو للإبلاغ عن جريمة أو سلوك جنائي في العيادة أو المؤسسة.
12. المؤسسات الإصلاحية: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى مؤسسة إصلاحية إذا كنت نزيلاً في مؤسسة إصلاحية وإذا قدمت المؤسسة الإصلاحية أو سلطة تنفيذ القانون طلبات معينة لنا.
13. الأشخاص المتوفين: قد نكشف معلوماتك الصحية المحمية للطبيب الشرعي أو مسؤول الفحص الطبي وفقاً لما يسمح به القانون.
14. جمع الأعضاء والأنسجة: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية للمنظمات التي تيسر جمع الأعضاء، أو العيون، أو الأنسجة، أو البنوك، أو الزرعة.
15. التجارب السريرية وأنشطة البحث العلمي الأخرى: إذا كان ذلك مناسباً، قد نستخدم ونفصح عن معلوماتك الصحية المحمية لأغراض البحث وفقاً لموافقة سارية منك أو عندما يتنازل مجلس المراجعة المؤسسي أو لجنة الخصوصية عن متطلبات الموافقة. في ظروف معينة، قد يتم الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية دون موافقة منك للباحثين الذين يعدون لإجراء مشروع بحثي، سواء لأغراض البحث أو للأشخاص المتوفين أو كجزء من مجموعة بيانات مع إخفاء اسمك والمعلومات الأخرى التي يمكن أن تحدد هويتك مباشرة.
16. الصحة أو السلامة: قد نستخدم أو نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية لمنع أو تقليل تهديد خطير ووشيك لصحة شخص ما أو الصحة العامة أو سلامة العامة.
17. وظائف حكومية متخصصة: يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها لوحدة حكومية ذات وظائف خاصة، مثل الجيش الأمريكي أو وزارة الخارجية الأمريكية في ظل ظروف معينة.

18. تفويضات العمال. يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية على النحو المصرح به وبالقدر اللازم للائتمان لقانون الولاية المتعلق بتفويضات العمال أو البرامج المماثلة الأخرى.

19. تذكيرات المواعيد. يمكن استخدام معلوماتك الصحية المحمية لإخبارك بالمواعيد أو تذكيرك بها.

IV. اختيارك بشأن استخدامات أو إفصاحات معينة تتطلب تصريحاً منك.

بالنسبة لبعض المعلومات الطبية، يمكنك إخبارنا بخيارك بشأن ما نشاركه. إذا كانت لديك رغبة واضحة في كيفية مشاركة معلوماتك في الحالات الموضحة أدناه، فتحدث إلينا. أخبرنا بما تريد منا فعله، وسوف نتبع تعليماتك. إذا لم تتمكن من إخبارنا برغبتك، على سبيل المثال إذا كنت فاقداً للوعي، فقد نشارك معلوماتك إذا رأينا أن ذلك يصب في مصلحتك. كما قد نشارك معلوماتك عند الحاجة لتقليل خطر جسيم ووشيك على الصحة أو السلامة.

1. الإفصاح للأقارب والأصدقاء المقربين ومقدمي الرعاية الآخرين. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لأحد أفراد عائلتك أو قريب آخر أو صديق شخصي مقرب أو أي شخص آخر تحدده أنت، وذلك عندما تكون حاضراً أو متاحاً قبل الإفصاح، في الحالات التالية: (1) إذا حصلنا على موافقتك أو أتحنا لك الفرصة للاعتراض على الإفصاح ولم تعترض؛ أو (2) إذا استنتجنا على نحو معقول أنك لا تعترض على الإفصاح.

2. التسويق. يجب أن نحصل على تصريح كتابي منك قبل استخدام معلوماتك الصحية المحمية لأغراض التسويق بموجب قواعد خصوصية قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة. على سبيل المثال، لن نقبل أي مدفوعات من منظمات أو أفراد آخرين مقابل إجراء اتصالات معك بشأن العلاجات أو الأدوية أو مقدمي الرعاية الصحية أو أماكن الرعاية أو إدارة الحالات أو تنسيق الرعاية أو المنتجات أو الخدمات الخاصة بتلك المنظمات ما لم تمنحنا تفويضاً منك لفعل ذلك أو أن الاتصال مسموح به بموجب القانون.

3. بيع المعلومات الصحية المحمية. لن نكشف عن أي معلومات صحية محمية بما يمثل بيعاً لمعلومات صحية محمية دون الحصول على إذن كتابي منك.

4. الاستخدامات والإفصاحات عن معلوماتك السرية للغاية. يتطلب القانون الفيدرالي وقانون الولاية حماية خاصة للخصوصية لبعض المعلومات الصحية المتعلقة بك ("المعلومات السرية للغاية" أو المعلومات بموجب قانون اللوائح الفيدرالية رقم 42 (CFR) الجزء 2)، بما في ذلك سجلات برنامج العلاج من تعاطي الكحول والمخدرات، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والمرض (الأمراض) المعدية، والاختبارات الجينية، والاعتداء الجنسي والمعلومات الصحية الأخرى التي تحظى بحماية خاصة للخصوصية بموجب قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية بخلاف قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة. نحن لسنا جهة معتمدة من الفئة الثانية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات، وبالتالي لا نحفظ عموماً بأي معلومات سرية للغاية. ومع ذلك، ولكي نتمكن من الكشف عن أي معلومات سرية للغاية لغرض آخر غير تلك الأغراض التي يسمح بها القانون، يجب علينا الحصول على إذن منك. بمجرد تفويضك لنا بمشاركة هذه السجلات، قد لا تكون محمية بموجب الفئة الثانية، ولكنها ستظل محمية بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة.

5. إلغاء تفويضك. يجوز لك إلغاء تفويضك، فيما عدا ما اتخذنا فيه إجراءً بالاعتماد عليه، وذلك عن طريق تقديم بيان إلغاء مكتوب إلى مكتب الخصوصية المحدد أدناه.

V. حقوقك الفردية

1. للحصول على مزيد من المعلومات؛ والشكاوى. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، أو تشعر بالقلق من أننا قد انتهكنا حقوق الخصوصية الخاصة بك أو تختلف مع القرار الذي اتخذناه بشأن الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية، فيمكنك الاتصال بمكتب الخصوصية لدينا من خلال بيانات الاتصال الموضحة في آخر هذا الإشعار. يمكنك أيضاً تقديم شكوى كتابية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على هذا العنوان: 200 شارع الاستقلال، جنوب غرب، واشنطن العاصمة 20201؛ عبر الهاتف على الرقم 696-6775 (877)؛ أو عبر البريد الإلكتروني على www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/. لن نتخذ أي إجراء انتقامي ضدك إذا قدمت شكوى إلينا أو إلى مكتب مدير الحقوق المدنية.

2. الحق في طلب قيود إضافية. يمكنك طلب فرض قيود على استخدامنا لمعلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها (1) لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، أو (2) للأفراد (مثل أحد أفراد العائلة أو قريب آخر أو صديق شخصي مقرب أو أي شخص آخر يتم تحديده بواسطتك) الذين يشاركون في رعايتك أو في الدفع المتعلق برعايتك، أو (3) لإخطار هؤلاء الأفراد أو المساعدة في إخطارهم فيما يتعلق بموقعك وحالتك العامة. على الرغم من أننا سننظر في جميع طلبات القيود الإضافية بعناية، إلا أننا لسنا مطالبين بالموافقة على تقييد مطلوب ما لم يكن الطلب هو تقييد إفصاحنا لخطة صحية لأغراض تنفيذ عمليات الدفع أو الرعاية الصحية، والإفصاح غير مطلوب من قبل القانون والمعلومات تتعلق فقط بعنصر أو خدمة رعاية صحية قمت أنت (أو أي شخص نيابة عنك بخلاف الخطة الصحية) بدفعها لنا بالكامل من جيبك. إذا كنت ترغب في طلب قيود إضافية، فيرجى الحصول على نموذج طلب من مكتب الخصوصية لدينا وإرسال النموذج المكتمل إلى مكتب الخصوصية. وسنرسل لك رداً كتابياً.

3. الحق في تلقي الاتصالات بوسائل بديلة أو في مواقع بديلة. يمكنك أن تطلب، وسنلبي، أي طلب كتابي معقول لك لتلقي معلوماتك الصحية المحمية عن طريق وسائل اتصال بديلة أو في مواقع بديلة.

4. الحق في فحص معلوماتك الصحية ونسخها. يمكنك طلب الوصول إلى ملف سجلك الطبي وسجلات الفواتير التي نحتفظ بها من أجل فحص السجلات وطلب نسخ منها. في ظل ظروف محدودة، قد نمنعك من الوصول إلى جزء من سجلاتك. إذا كنت ترغب في الوصول إلى سجلاتك، فيرجى الحصول على نموذج طلب سجل من مكتب الخصوصية وإرسال النموذج المكتمل إلى مكتب الخصوصية. إذا طلبت نسخاً، فقد نفرض عليك رسوم نسخ معقولة.

5. الحق في تعديل سجلاتك. لديك الحق في أن تطلب منا تعديل معلوماتك الصحية المحمية المحفوظة في ملف سجلك الطبي أو سجلات الفواتير. إذا كنت ترغب في تعديل سجلاتك، فيرجى الحصول على نموذج طلب التعديل من مكتب الخصوصية وإرسال النموذج المكتمل إلى مكتب الخصوصية. سنلتزم بطبائكم ما لم نعتقد أن المعلومات التي سيتم تعديلها دقيقة وكاملة أو تنطبق ظروف خاصة أخرى.

6. الحق في الحصول على حساب الإفصاحات. عند الطلب، يمكنك الحصول على حساب لبعض الإفصاحات عن معلوماتك الصحية المحمية لأغراض أخرى غير العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو حسيماً سمحت أنت تحديداً بالاستخدام أو الإفصاح خلال السنوات الست (6) الماضية. إذا طلبت إجراء حساب أكثر من مرة خلال فترة اثني عشر (12) شهراً، فقد نفرض عليك رسوماً معقولة مقابل كشف الحساب.

7. الحق في إلغاء تفويضك. يجوز لك إلغاء تفويضك أو تفويض التسويق الخاص بك أو أي ترخيص كتابي تم الحصول عليه فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية، فيما عدا القدر الذي اتخذت فيه الممارسة و/أو المنشأة و/أو المتخصصون في مجال الصحة إجراءات بناءً على ذلك، من خلال تقديم بيان إلغاء مكتوب إلى مكتب الخصوصية.

8. الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. حسب الطلب، يمكنك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار، حتى لو وافقت على استلام هذا الإشعار إلكترونياً.

VI. تاريخ سريان هذا الإشعار ومدته

1. تاريخ السريان. يسري هذا الإشعار في 2/16/2026

2. الحق في تغيير شروط هذا الإشعار. يجوز لنا تغيير شروط هذا الإشعار في أي وقت. وإذا قمنا بتغيير هذا الإشعار، فقد نجعل شروط الإشعار الجديدة سارية المفعول لجميع معلوماتك الصحية المحمية التي نحتفظ بها، بما في ذلك أي معلومات تم إنشاؤها أو استلامها قبل إصدار الإشعار الجديد. إذا قمنا بتغيير هذا الإشعار، فسننشر الإشعار الجديد في غرفة الانتظار لدينا وعلى موقعنا على الإنترنت. يمكنك أيضاً الحصول على أي إشعار جديد عن طريق الاتصال بمكتب الخصوصية.

VII. مكتب الخصوصية

يمكنك الاتصال بمسؤول الخصوصية في منشأتنا:

Privacy Office
Solaris Health
2101 W. Commercial Blvd., Ste 3500
Fort Lauderdale, FL 33309

البريد الإلكتروني لمكتب خصوصية سولاريس: privacyoffice@solarishp.com

الإصدار 1.0، 16 فبراير 2026