

FOOD LION NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ویژه داروخانه ها

تاریخ اصلی اجرا: 14 آوریل 2003
به روزرسانی: 1 سپتامبر 2010، 1 سپتامبر 2013، 1 اگوست 2021، 1 اگوست 2024، 1 مه 2026

در این NOTICE توضیح داده می شود احتمال دارد اطلاعات پزشکی درمانی شما چگونه مورد استفاده قرار می گیرد و شما چگونه می توانید به این اطلاعات دسترسی داشته باشید.
لطفاً با دقت بازبینی کنید.

Food Lion, LLC در امر محافظت از حریم شخصی و فردی مشتری های خود تعهد جدی و دیرینه ای دارد. این Notice اقداماتی که Food Lion Pharmacies برای محافظت از حریم شخصی در امور مرتبط به داروخانه اتخاذ می کند را تشریح می کند. به هنگام مراجعه و یا دریافت خدمات در یکی از داروخانه های ما، از حریم خصوصی و اطلاعات فردی مربوط به بهداشت و سلامت شما به شیوه ای که در این Notice تشریح شده است، محافظت خواهد شد.

ما براساس قانون موظف هستیم که حریم خصوصی و شخصی اطلاعات مربوط به بهداشت و سلامت شما را حفظ کنیم، جزئیات مفصل وظایف و مسئولیت های حقوقی و اقداماتی که برای حفظ حریم اطلاعات فردی بهداشتی و درمانی شما اتخاذ می کنیم را در این Notice تشریح نماییم و از شروط Notice که هم اکنون در حال اجرا هستند، پیروی کنیم. ما همچنین ملزم هستیم تا هر گونه مورد نقض امنیت شبکه اطلاعات محافظت شده مربوط به بهداشت و درمان و سلامت را به شما اطلاع دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت مراجعه کنید: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html به جز در مواردی که در این یادداشت توضیح داده شده اند، از اطلاعات شما استفاده نخواهیم کرد و یا این اطلاعات را با دیگران در میان نخواهیم گذاشت.

۱. از این اطلاعات برای روند درمان، پرداخت هزینه ها و مراقبت های پزشکی و درمان استفاده می شود.

براساس «قانون حفظ حریم خصوصی» دولت فدرال، استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی درمانی برای درمان، پرداخت و عملیات مربوط به مراقبت های پزشکی و درمانی مجاز خواهد بود و امضای شما در داروخانه ها مهر تاییدی برای اجازه این کار خواهد بود. در اطلاعات زیر شیوه های متعددی فهرست شده اند که شما با استفاده از آن ها می توانید اطلاعات محافظت شده بهداشت و سلامت خود را در برای این امر افشاء کنید. تا وقتی که سوابق «قسمت 2» را دریافت یا نگهداری کنیم، ممکن است محدودیت های اضافی اعمال شوند. به «سوابق قسمت 2» در زیر مراجعه کنید.

برای درمان. برای ارائه خدمات داروسازی، ما PHI شما را استفاده کرده و به اشتراک خواهیم گذاشت. همچنین ممکن است برای ارائه و هماهنگی درمان، داروها و خدماتی که دریافت می کنید نیز PHI شما را استفاده کرده و به اشتراک بگذاریم. برای مثال، ممکن است PHI شما را در اختیار داروسازها، پزشکان، پرستاران، تکنسین ها و سایر پرسنل دخیل در مراقبت شما نیز قرار بدهیم. ممکن است PHI شما را در اختیار طرفین ثالث مانند بیمارستان ها، داروخانه های دیگر و سایر مراکز و نهادهای مراقبت سلامت نیز قرار دهیم تا ارائه خدمات مراقبتی درمانی، داروها، تجهیزات و وسایلی که نیاز دارید، تسهیل شود. بدین ترتیب، هماهنگی های لازم برای مراقبت شما پیش برده می شوند و اطمینان حاصل می شود که تمامی افراد دخیل در مراقبت شما دارای اطلاعات مورد نیاز مربوط به شما هستند تا بتوانند نیازهای مراقبتی درمانی شما را برآورده سازند. در برخی موارد، ممکن است استفاده و اشتراک گذاری PHI شما از طریق سرویس تبادل اطلاعات سلامت (Health Information Exchange) یا سیستم اشتراک گذاری دیگری انجام گیرد.

برای پرداخت. ما امکان دارد از اطلاعات محافظت شده پزشکی شما برای آماده کردن صورتحساب ها و پرداخت ها و یا برای کارهای حسابرسی و پرداخت به مراکز بهداشتی و درمانی دیگر استفاده و یا آن ها را افشا کنیم. ما ممکن است اطلاعات محافظت شده پزشکی شما را در اختیار نماینده تان، یک شرکت بیمه و یا شرکت مدیریت خدمات بهداشت و درمان، مدیکر (Medicare)، مدیکید (Medicaid)، یک شرکت شخص ثالث دیگر و یا نهاد دیگر فعال در عرصه خدمات بهداشت و درمان قرار دهیم. در مقام نمونه، احتمال دارد ما با شرکت بیمه خدمات درمانی شما تماس بگیریم تا از میزان پوشش داروهای نسخه ای خاص یا مقداری که شما باید بپردازید مطمئن شویم.

برای عملیات مراقبت های بهداشتی و درمانی. ممکن است در صورت ضرورت برای عملیات بهداشت و درمان همچون مدیریت، ارزیابی، آموزش و یا تربیت پرسنل خود اطلاعات محافظت شده بهداشت و درمان شما را مورد استفاده قرار بدهیم و یا آن ها را افشاء کنیم. در مقام نمونه ما ممکن است برای بازبینی و بهتر کردن ارائه خدمات خود از اطلاعات محافظت شده بهداشت و درمان شما استفاده و یا آن ها را افشاء کنیم.

یادآوری تجدید نسخه. ما ممکن است برای ارسال «یادآوری تجدید نسخه پزشکی» شما از اطلاعات بهداشت و درمانی محافظت شده تان استفاده کنیم یا این اطلاعات را افشاء کنیم تا به شما اطلاع دهیم نسخه تان آماده است و می توانید آن را از داروخانه تحویل بگیرید.

درمان های جایگزین و مزایا و خدمات مربوط به بهداشت و درمان. ما ممکن است برای مطلع کردن شما از شیوه های درمانی جایگزین و مزایا و خدمات مربوط به بهداشت و درمان مفید حال شما از اطلاعات بهداشت و درمانی محافظت شده تان استفاده کنیم و یا آن ها را افشاء کنیم. ما فهرست اسامی مشتری های داروخانه و یا اطلاعات بهداشت و درمانی محافظت شده آن ها را به شخص ثالث و یا به اهداف تجاری و یا بازاریابی نمی فروشیم.

دو. موارد خاصی استفاده و یا افشای اطلاعات مربوط به بهداشت و درمان شما

فهرست های زیر ارائه شیوه های مختلفی هستند که احتمال دارد ما از اطلاعات محافظت شده پزشکی شما استفاده و یا آن ها را افشاء کنیم. تا وقتی که سوابق «قسمت 2» را دریافت یا نگهداری کنیم، ممکن است محدودیت های اضافی اعمال شوند. به «سوابق قسمت 2» در زیر مراجعه کنید.

تحویل به بیمار و یا نماینده خصوصی او برای استفاده شخصی. ما در صورت دریافت درخواست افشای اطلاعات بهداشت و درمانی محافظت شده از سوی «نماینده شخصی» (فردی که در ارتباط با مسایل مربوط به خدمات بهداشت و درمانی تان از طرف شما از اختیارات قانونی و حقوقی برخوردار است) این داده ها را برای وی افشاء خواهیم کرد.

افرادی که در روند درمان و یا پرداخت هزینه های مراقبت پزشکی از شما دخیل بوده اند. ما ممکن است اطلاعات محافظت شده بهداشت و درمانی شما را در اختیار یکی از اعضای خانواده، دوست خیلی نزدیک و یا پرستار مسئول مراقبت، محل نگهداری و یا شرایط کلی تان و یا پرداخت هزینه های درمان شما قرار دهیم، مگر

این که شما به صورت کتبی با این امر مخالفت کنید. ما اطلاعات مربوط به یکی از افراد خانواده که دست اندر کار روند درمان و یا پرداخت هزینه های شما است را افشا نخواهیم کرد، مگر آن که این عضو خانواده از طرف شما اختیارات قانونی و حقوقی داشته باشد.

پراساس قانون باید اجرا شود ما ممکن است براساس قانون ملزم باشیم از اطلاعات محافظت شده بهداشت و درمان شما استفاده کنیم و یا آن را افشا کنیم.

فعالیت های مربوط به نظارت بر بخش بهداشت و درمان. امکان دارد ما اطلاعات محافظت شده بهداشت و درمان شما را با یک نهاد نظارتی فعال در عرصه بهداشت و درمان، همچون «هیات مدیره داروخانه» قرار بدهیم. این اطلاعات برای استفاده در کارهایی در اختیار این نهادها قرار خواهد گرفت که یا براساس قانون لازم الاجرا هستند، کارهایی مثل ممیزی، تحقیقات و بازپرسی ها و یا فعالیت های مرتبط با نظارت دولت بر نظام مراقبت های بهداشت و درمان.

همکارهای بازرگانی امکان دارد ما اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی شما را در اختیار یک پیمانکار و یا ارایه کننده خدمات (معروف به «همکار بازرگانی») قرار بدهیم. این فرد و یا افراد به این اطلاعات نیاز دارند تا به داروخانه خدمات ارایه کنند و برای رعایت حریم خصوصی این اطلاعات توافق کرده اند.

۳. افشای مجاز اطلاعات مربوط به بهداشت و درمان شما

علاوه بر مواردی که در بالا توضیح دادیم امکان افشای اطلاعات شما وجود دارد، احتمال دارد ما براساس شروط ملزومات و محدودیت های قانون ایالتی و فدرال هم ناچار شویم اطلاعات شما را افشاء کنیم. توجه داشته باشید: احتمال دارد در بعضی از شرایط زیر ما براساس قانون ملزم باشیم تا اطلاعات را افشاء کنیم و در بخش 2 یادداشت های بالا هم به این امر پرداخته شده است. تا وقتی که سوابق «قسمت 2» را دریافت یا نگهداری کنیم، ممکن است محدودیت های اضافی اعمال شوند. به «سوابق قسمت 2» در زیر مراجعه کنید.

فعالیت های مربوط به بهداشت عمومی. امکان دارد ما براساس قانون ملزم باشیم تا اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی شما را در اختیار یک مقام و یا نهاد اداره بهداشت عمومی قرار دهیم که در مقام نمونه مسئول پیشگیری وی یا کنترل بیماری، جراحات و یا ناتوانی است.

گزارش قربانیان آزار و اذیت، غفلت و یا خشونت خانگی. اگر به گمان ما شما قربانی آزار و اذیت، غفلت و یا خشونت خانگی باشید، ممکن است ما براساس ملزومات قانونی، اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی شما را در اختیار یک نهاد دولتی قرار دهیم که فعالیت های آن براساس قانون مجاز شمرده می شود.

برای خنثی کردن خطری سلامت و یا امنیت مردم را در معرض تهدید قرار می دهد امکان دارد ما در صورت لزوم برای پیشگیری از یک تهدید جدی که متوجه سلامت و یا امنیت و یا سلامت و امنیت عموم مردم و یا فرد دیگری از اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی استفاده کنیم و یا آن ها را افشاء کنیم، افشای اطلاعات را برای کمک به کاهش و یا پیشگیری از آسیب و تهدیدهای احتمالی محدود در مقام نمونه، ما ممکن است برای کمک به فراخوان محصولات خاص و یا گزارش واکنش ها و حساسیت به دارو ها اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی را افشاء کنیم.

برای انجام تحقیق. ما می توانیم تحت شرایط خاصی برای انجام تحقیقات از این اطلاعات استفاده کنیم و استفاده از این اطلاعات در شرایطی مجاز خواهد بود که براساس روند قانونی و رعایت محافظت از حریم خصوصی فردی در گردآوری داده های مربوط به تحقیق انجام شود.

روند قضایی و اداری. احتمال دارد با دستور دادگاه و یا حکم اجرایی اطلاعات محافظت شده پزشکی درمانی شما را افشا کنیم. ما همچنین ممکن است پس از دریافت یک حکم احضاریه، درخواست اطلاعات برای عملیات اکتشافی و یا روند قانونی دیگری که به صورت شواهد دریافت کرده ایم، اطلاعات محافظت شده پزشکی درمانی شما را افشا کنیم. افشای این اطلاعات در صورتی انجام خواهد گرفت که طرفی اطلاعات را درخواست کرده است تلاش های معقول و منطقی برای (۱) مطلع کردن شما از این درخواست انجام داده باشد تا شما فرصتی برای مخالفت با این امر داشته باشید و یا (۲) برای محافظت از خود از یک نهاد و یا فرد شایسته حکم دریافت کنید.

نیروی انتظامی. ما امکان دارد اطلاعات محافظت شده پزشکی درمانی شما را به دلایل رعایت اقدامات انتظامی، از جمله همچون سرنهادن به ملزومات گزارش، اطاعت از حکم دادگاه، احضاریه و یا روند حقوقی و قانونی مشابه و یا پاسخ به درخواست های خاصی برای کسب اطلاعات مربوط به جرایم افشا کنیم.

کارشناس های پزشکی قانونی، مدیران امور معاینات پزشکی، مدیران مراکز ویژه خاکسپاری، و سازمان های تامین اعضای بدن در صورت مرگ شما ممکن است اطلاعات محافظت شده پزشکی درمانی شما را در اختیار اداره پزشکی قانونی، مدیران امور معاینات پزشکی، مدیران مراکز ویژه خاکسپاری قرار دهیم. در ضمن اگر شما اهداکننده عضو باشید هم اطلاعات محافظت شده پزشکی درمانی را به سازمان دست اندر کار عضو و یا بافت بدن مسئول این امر می دهیم.

امدادرسانی به هنگام وقوع فاجعه. امکان دارد ما اطلاعات محافظت شده بهداشت و درمان شما را در اختیار یک سازمان امدادرسانی در برابر فجایع طبیعی قرار دهیم.

نیروهای نظامی، کهنه کارهای ارتش، و نهادهای دولتی خاص. اگر عضو نیروهای مسلح باشید، امکان دارد ما بر اساس دستور مقامات نظامی اطلاعات محافظت شده بهداشت و درمان شما را مورد استفاده قرار دهیم و یا آن ها را افشا کنیم. امکان دارد اطلاعات محافظت شده بهداشت و درمان شما به دلایلی همچون حفظ امنیت ملی و یا در صورت لزوم برای محافظت از رئیس جمهوری ایالات متحده و یا مقامات خاص دیگری و یا برای تحقیقات ویژه خاص افشا کنیم.

غرامت کارگراها. احتمال دارد ما برای التزام به قانون مربوط به پرداخت غرامت به کارگرا ها و یا برنامه های مشابه از اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی شما استفاده کنیم و یا آن ها را افشاء کنیم.

زندانی ها/در بازداشت نهاد انتظامی. اگر در بازداشت یک مقام نیروی انتظامی و یا در یک مرکز تادیبی هستید، امکان دارد ما به دلایل خاصی همچون حفظ امنیت و سلامت شما و یا دیگران اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی تان را در اختیار آن موسسه و یا مقام قرار دهیم.

افشاگرها. اگر یک کارمند و یا همکار بازرگانی با حسن نیت معتقد باشد که ما قدمی برداشته ایم که یا غیرقانونی و یا ناقض استانداردهای کلینیکی و یا حرفه ای هستند، این خانم یا آقا می تواند اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی خود را نزد یک وکیل و یا مقام مسئول اداره بهداشت عمومی ببرد و نگرانی های خود را با وکیل و یا مقام اداره بهداشت عمومی در میان بگذارد.

قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت و اجرای آن. ما ممکن است برای پیروی از مقررات قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت و اهداف مربوط به اجرای آن اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی شما را در اختیار «وزارت بهداشت و علوم انسانی» قرار دهیم.

Food Lion به جز در مواردی که در این Notice توضیح داده شده است، قصد ندارد از اطلاعات بهداشتی و درمانی محافظت شده شما استفاده کند و یا این اطلاعات را افشاء کند.

در صورت تصمیم به استفاده و یا افشای اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی به دلایل دیگر شما باید برای موارد استفاده و یا افشای اطلاعات خاص مجوز صادر کنید و شما می توانید به صورت کتبی این مجوز را لغو کنید. این اجازه در بطن یادداشتی که شما به هنگام پذیرش اجرای این Notice امضا کردید، وجود ندارد. ما تحت هیچ شرایطی اطلاعات شما را به هدف بازاریابی در اختیار دیگران قرار نمی دهیم و اطلاعات شما را هرگز نمی فروشیم، مگر این که شما به صورت کتبی این اجازه را به ما اعطا کنید.

زمانی که اطلاعات مربوط به سلامت و درمان شما با اجازه کتبی شما افشاء شد، ویژگی های محافظتی «قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» و اهداف مربوط به اجرای آن دیگر مشمول اطلاعات بهداشتی و درمانی نخواهد شد که افشا شده اند. در ضمن ممکن است فرد و یا نهادی که این اطلاعات را دریافت کرده است، بدون اطلاع شما و یا اطلاعات را به طور مجدد افشا شود.

۵. حقوق شما در زمینه اطلاعات بهداشتی درمانی شما

فهرستی از حقوق شما در ارتباط با اطلاعات محافظت شده بهداشتی و درمانی پایین این یادداشت منتشر شده است. هر یک از این حقوق مشمول شروط و ملزومات، محدودیت ها و استثنای خاصی هستند. بهره مندی از این حق مستلزم تسلیم یک یادداشت کتبی به داروخانه است. داروخانه به درخواست شما فرم مناسب را در اختیارتان قرار می دهد تا تکمیل کنید. شما حق دارید:

درخواست اعمال انواع محدودیت. شما از این حق برخوردار هستید که درخواست کنید استفاده ما و یا محدود افشاء کردن اطلاعات محافظت شده شخصی شما برای درمان، پرداخت و یا عملیات مربوط به خدمات بهداشتی و درمانی از جانب ما محدود شود. شما در ضمن از این حق برخوردار هستید که از ما درخواست کنید سطح اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی مربوط به شما را با اعمال محدودیت های بیشتری در اختیار یکی از اعضای خانواده، دوست و یا فرد دیگر دست اندر کار مراقبت از شما و یا پرداخت هزینه درمان و مراقبت از شما قرار دهیم. شما باید درخواست خود را به صورت کتبی تسلیم کنید. ما تصمیم خود در مورد درخواست شما را به صورت کتبی به اطلاعاتان خواهیم رساند.

ما ملزم نیستیم که درخواست شما برای اعمال محدودیت را بپذیریم، (به جز در شرایطی که شما از نظر ذهنی قدرت تصمیم گیری دارید و می توانید ما را ملزم کنید افشای اطلاعات شخصی شما به دوستان و اعضای خانواده تان محدود شود). ما در صورت موافقت با درخواست شما برای محدود کردن میزان افشاء کردن اطلاعاتتان و پذیرش آن، خواست های شما را متحقق خواهیم کرد و اجرای این درخواست ها در موارد نیاز به درمان اورژانسی و شرایط اضطراری و یا پیروی از قانون ایالتی و یا فدرال از این امر مستثنی خواهد بود. با این وجود، اگر برای نسخه هزینه ای پرداخته اید و تمایل ندارید در زمینه پرداخت هزینه و یا اقدامات مراقبت های پزشکی، جزئیات اطلاعات محافظت شده بهداشتی و درمانی خود در ارتباط با آن نسخه دارویی را در اختیار شرکت بیمه درمانی تان قرار دهید ما ملزم خواهیم بود تا به درخواست شما احترام بگذاریم.

دسترسی به اطلاعات بهداشتی و درمانی شخصی. شما از این حق برخوردار هستید که نسخه ای از اطلاعات محافظت شده بهداشتی و درمانی خود را بررسی و تجسس کنید و نسخه ای از آن را داشته باشید. این نسخه حاوی اطلاعاتی است که ممکن است ما براساس آن ها و تا زمانی که این اطلاعات محافظت شده بهداشتی و درمانی، یک «رکورد تعیین شده» را در اختیار داریم، با استفاده از آن ها در مورد شما تصمیم هایی اخذ کنیم. رکورد تعیین شده معمولاً شامل مجموعه ای از مدارک مربوط به نسخه های دارویی و صورتحساب ها و یا اطلاعات مکتوب دیگری خواهد بود که امکان دارد برای اخذ تصمیم در مورد مراقبت و درمان شما مورد استفاده قرار بگیرد و گاهی مشمول استثنایهایی خواهد بود. شما باید درخواست خود را به صورت کتبی تسلیم کنید. ما به طور کلی ملزم هستیم که تا ۳۰ روز پس از دریافت درخواست شما، راه را برای دسترسی تان به اسناد و مدارک پیشینه بهداشتی و درمانی هموار کنیم. شما برای بررسی و دستیابی به نسخه ای از اطلاعات محافظت شده بهداشتی و درمانی باید یک درخواست کتبی به «نماینده امور ویژه حریم خصوصی قانون به آدرس مندرج در زیر ارسال نمایید و فرم اجازه مربوطه را تکمیل کنید. در بیشتر موارد برای پوشش هزینه های کپی و ارسال اطلاعات درخواست شده مبلغ منطقی می پردازید. این مبلغ با قوانین مرتبط همخوانی دارد.

در مواردی که درخواست شما مربوط به مدارک و اطلاعاتی باشد که در اختیار ما نیست، در صورت اطلاع منبعی را که پیشینه اطلاعاتتان را در اختیار دارد به طور کتبی به شما اطلاع می دهیم.

ما ممکن است در شرایط محدود و خاصی با ارسال یک نامه کتبی با درخواست شما برای بازرسی و یا دریافت نسخه هایی از این اطلاعات مخالفت کنیم. در صورتی که اجازه دسترسی به اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی خود نداشته باشید باید با ارسال یک درخواست کتبی درخواست کنید تا با مخالفت با دسترسی شما به این اطلاعات تجدیدنظر شود. نامه را می توانید به آدرس زیر و خطاب به «نماینده مسئول امور خصوصی و شخصی قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» ارسال کنید. این بازبینی توسط یک کارشناس متخصص امور بهداشت و درمان انجام می شود که در امر تصمیم گیری و یا مخالفت با این تصمیم نقشی نداشته است.

اگر ما نسخه الکترونیکی از تاریخچه اسناد بهداشتی درمانی شما در ارتباط با اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی شما را در اختیار داشته باشیم، شما همچنین از این حق برخوردار هستید که اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی را یا به صورت نسخه الکترونیکی و یا به شکلی که شما تمایل دارید، دریافت کنید. البته این مدارک و اطلاعات به شکلی در اختیار شما قرار می گیرند که قابل تکثیر و تولید باشند و در غیر این صورت آن ها را به صورت یک مدرک الکترونیکی خوانا و فرمتی در اختیار شما قرار می دهیم که هر دو طرف در مورد آن توافق کرده باشیم. ممکن است به ما توصیه کنید که نسخه الکترونیکی این اطلاعات را در اختیار شخص ثالثی قرار دهیم که شما تعیین کرده اید. اگر به درخواست شما اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی تان را با پست ارسال کنیم، ممکن است به پرداخت مبلغ معقولی ملزم شوید و این مبلغ برای هزینه های کپی، ارسال و یا فرستادن اطلاعات شخصی شما با پست خواهد بود و با قانون مربوطه همخوانی خواهد داشت.

- **توجه کنید:** درخواست هایی که برای تهیه نسخه کپی تاریخچه نسخه های دارویی، همچون مواردی که برای اسناد پرداخت مالیات تهیه می شوند به منزله «درخواست رسمی برای دسترسی» محسوب نخواهند شد و مسئولیت مستقیم آن به عهده داروخانه است. اگر قصد دارید از حق خود برای دسترسی به اطلاعات محافظت شده بهداشتی و درمانی تان بهره بجوید، باید از داروساز درخواست کنید فرم ویژه «درخواست دسترسی قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» را در اختیار شما قرار دهد.

اصلاحیه درخواست: شما از این حق برخوردار هستید که از داروخانه ای که اطلاعات محافظت شده بهداشتی و درمانی شما را در اختیار دارد و یا نهاد و فردی که این اطلاعات را برای داروخانه نگهداری می کند، درخواست کنید تا این اطلاعات را اصلاح کنند. درخواست شما باید به صورت کتبی انجام شود و باید در آن به علت درخواست خود برای اصلاحیه اشاره کنید.

ما ممکن است به چند دلیل با درخواست اصلاحیه شما مخالفت کنیم: الف: داروخانه اطلاعات شما در اختیار ندارد مگر این که ایجادکننده اطلاعات دیگر برای اقدام از جانب شما در دسترس ما نیست. ب: اطلاعات شما بخشی از اطلاعات محافظت شده بهداشتی پزشکی در اختیار داروخانه نیست و یا به ما ارسال نشده است. ج: اطلاعات شما بخشی از داده هایی نیست که شما حق دسترسی به آن را داشته باشید. چ: داروخانه بر این باور است که اطلاعات شما دقیق و کامل است.

اگر ما با درخواست اصلاحیه شما مخالفت کنیم، یک نامه کتبی حاوی دلایل مان و حق شما برای تسلیم یک نامه مبنی بر مخالفت با این تصمیم را به شما می دهیم.

- **توجه کنید:** درخواست های ساده از داروخانه، همچون تغییر آدرس و یا اطلاعات مربوط به بیمه با درخواست های رسمی همچون «درخواست اصلاحیه» تفاوت دارند و این نوع درخواست ها باید مستقیماً توسط مسئولان داروخانه مورد بررسی قرار بگیرند. اگر قصد دارید از حق خود برای دسترسی به اطلاعات محافظت شده بهداشتی و درمانی تان بهره بجوید، باید از داروساز درخواست کنید فرم ویژه «درخواست اصلاحیه قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» را در اختیار شما قرار دهد.

درخواست حسابرسی افشای اطلاعات را مطرح کنید. شما حق دارید برای افشاء بخش های خاصی از اطلاعات محافظت شده بهداشتی و درمانی خود یک «حسابرسی» درخواست کنید. این فهرستی از اطلاعاتی است که داروخانه و یا هر نهاد و گروه دیگری از جانب ما افشاء کرده است، اما شامل اطلاعات افشاء شده ویژه درمان، پرداخت ها و امور مربوط به بهداشت و درمان نیست، افشاء اطلاعات متعاقب کسب اجازه از شما و استثنای خاص دیگر انجام شده است.

به منظور تسلیم درخواست حسابرسی اطلاعات افشاء شده باید از داروساز بخواهید فرم ویژه «درخواست حسابرسی قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» را در اختیار شما قرار دهد. شما در درخواست خود تاریخ حسابرسی مربوط به شش سال گذشته را مطرح خواهید کرد. شما در این فرم باید فهرستی از محل همه داروخانه هایی را تنظیم کنید که می خواهید حسابرسی آن ها را دریافت نمایید. اولین حسابرسی دوازده ماه اول به صورت رایگان ارائه خواهد شد و ممکن است ناچار شوید برای درخواست های بیشتر خود هزینه به ما بپردازید.

درخواست ارتباط خصوصی با استفاده از راه های جایگزین را مطرح کنید. شما از این حق برخوردار هستید که در یک مورد خاص از ما بخواهید در ارتباط با مسائلی مربوط به بهداشت و درمانتان با شما تماس بگیریم. ما درخواست های منطقی شما را مورد بررسی قرار می دهیم.

- **توجه کنید:** درخواست های ساده ای از داروخانه، همچون تماس با بیمار در یک محل دیگر برای مطلع کردن وی از آماده بودن نسخه دارو به منزله «درخواست های رسمی برای ارتباطات محرمانه» نیست و مسئولان داروخانه به طور مستقیم به آن ها رسیدگی می کنند. اگر تمایل دارید از حق خود برای درخواست اطلاعات خصوصی با ابزارهای جایگزین استفاده کنید باید از داروساز درخواست کنید فرم ویژه «درخواست برای ارتباطات محرمانه قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» را در اختیارتان قرار دهد.

از فردی درخواست کنید که از جانب شما اقدام کند. اگر به کسی وکالت داده اید تا در مورد سلامت و درمان شما تصمیم بگیرد و یا اگر فردی از نظر قانونی حضانت شما را به عهده دارد و آن فرد می تواند در مورد اطلاعات مربوط به سلامت و درمان شما تصمیم بگیرد و حقوق شما را احقاق کند. پیش از اتخاذ هر گونه اقدامی اطمینان حاصل خواهیم کرد که این فرد از اختیارات کافی برخوردار است و می تواند از طرف شما اقدام کند.

یک نسخه پُرینت شده این Notice را درخواست کنید. شما حق دارید نسخه چاپی از این Notice را در اختیار داشته باشید، حتی اگر توافق کرده باشید که این Notice را به صورت الکترونیکی دریافت کنید. شما هر زمانی که تمایل داشته باشید می توانید نسخه ای از این Notice را درخواست کنید. به علاوه می توانید نسخه ای از این Notice را از طریق وب سایت www.foodlion.com و یا اپلیکشن داروخانه مان دریافت کنید.

۶. برای کسب اطلاعات بیشتر و یا تشکیل پرونده شکایت

اگر در مورد این Notice سوالی دارید و یا تمایل دارید در مورد رعایت حریم حقوق خصوصی و شخصی «قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» اطلاعات بیشتری کسب کنید، لطفاً با «افسر مسئول محافظت از حریم خصوصی و شخصی قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» با شماره تلفن

3091-207-885 تماس بگیرید. P.O. Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 یا privacyoffice@foodlion.com اگر به گمان شما حوزه حریم حقوق خصوصی و فردی شما نقض شده است می توانید شکایت خود را به صورت کتبی به داروخانه تسلیم کنید و یا این شکایت را به «دفتر حقوق مدنی» در «وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده» ارسال کنید. اگر پرونده شکایت تشکیل دهید ما اقدام تلافی جویانه ای علیه شما اتخاذ نخواهیم کرد.

اگر قصد دارید از داروخانه شکایت کنید، «فرم شکایت قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» را از فروشگاه محل اقامت خود تحویل بگیرید و یا با «افسر مسئول حوزه خصوصی و شخصی قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت» که در یادداشت بالا آمده است، تماس بگیرید. برای تشکیل پرونده شکایت در «اداره حقوق مدنی» نامه کتبی خود را با پست به «دفتر حقوق مدنی ایالات متحده» در U.S. Department of Health and Human Services به این آدرس ارسال کنید: شما در ضمن می توانید این نامه را با ایمیل به این آدرس بفرستید: 200eIndependence@hhs.gov, D.C Avenue, Washington, S.W. 20201.

در ضمن می توانید شکایت خود را به صورت الکترونیکی به این وب سایت https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf بفرستید.

۷. تغییراتی که در این NOTICE اعمال شده اند

ما حق تغییر این Notice را برای خود محفوظ نگه می داریم. در ضمن حق اجرای مفاد Notice جدید و یا بازبینی شده اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی که داروخانه دریافت کرده و در اختیار دارد و یا اطلاعات محافظت شده بهداشتی درمانی که در آینده دریافت خواهیم کرد برای ما محفوظ است. ما نسخه بازبینی شده Notice را روی وب سایتمان به آدرس «www.foodlion.com» و اپلیکشن خود منتشر خواهیم کرد. ما در ضمن نسخه ای از Notice بازبینی شده را در داروخانه های Food Lion منتشر می کنیم.

۸. قوانین ایالتی سختگیرانه تر

اگر ایالت شما قانون و یا مقرراتی دارد که از «قانون رعایت حریم خصوصی قابلیت انتقال و مسئولیت انتقال بیمه سلامت» سختگیرانه تر است، شما باید از آن قانون پیروی کنید. اگر تمایل دارید در مورد اقدامات محافظتی قانون ایالتی در ایالت خود اطلاعات بیشتری کسب کنید، لطفاً با افسر مسئول امور حریم خصوصی و شخصی «قانون قابلیت انتقال و مسئولیت انتقال بیمه سلامت» با شماره 3091-207-885 تماس بگیرید. P.O.Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 یا privacyoffice@foodlion.com

۹. سوابق قسمت 2

ما ممکن است اطلاعاتی درباره شما را از یک برنامه درمان سوء مصرف مواد مخدر با کمک فدرال دریافت یا نگهداری کنیم که مشمول مقررات تحت CFR 42 قسمت 2 باشند (هر کدام یک «برنامه قسمت 2» گفته می شوند). این اطلاعات ممکن است شامل اطلاعات تشخیص، درمان و ارجاع درمان، اطلاعات صورتحساب، فکس ها، ایمیل ها، پیام های صندوق صوتی، پیامک ها و سایر اطلاعات شناسایی بیمار (مجموعاً، «سوابق قسمت 2») باشد. اگر ما طبق رضایت کتبی که شما به برنامه قسمت 2 برای استفاده و افشای سوابق قسمت 2 خود به منظور عملیات های درمان، پرداخت و مراقبت های بهداشتی درمانی ارائه می دهید سوابق قسمت 2 را دریافت کنیم، ممکن است این قبیل سوابق قسمت 2 شما را برای عملیات های درمان، پرداخت و مراقبت های بهداشتی درمانی و برای سایر اهداف مجاز تحت HIPAA به گونه ای که در این Notice توضیح داده شده استفاده و افشا کنیم. با این حال، ما بدون رضایت کتبی شما، یا بدون دستور قضایی معتبر که با الزامات مقررات CFR Part 2 42 مطابقت داشته باشد، اطلاعات مربوط به «سوابق قسمت 2 (Part 2 Records)» شما، یا هرگونه شهادتی را که محتوای این سوابق را منتقل کند، برای استفاده در دعاوی مدنی، کیفری، اداری یا رسیدگی های قضایی افشا یا استفاده نخواهیم کرد.

تصدیق دریافت «Notice of Privacy Practices»

اگر در داروخانه با امضای این Notice دریافت آن را تایید نکرده اید، لطفاً بخشی که در پایین یادداشت آمده است را پر کنید و پس از جدا کردن آن از بقیه بخش ها به داروخانه ای که نسخه تان را از آن گرفته اید، تحویل دهید.

من با ثبت امضای خود در پایین این صفحه اذعان می کنم که نسخه ای از Notice of Privacy Practice متعلق به Food Lion Pharmacy را دریافت کرده ام.

نام مشتری	امضا	تاریخ
نام داروخانه / آدرس	شماره نسخه	
اگر «نماینده شخصی» بیمار امضا کرده است لطفاً نام خود را بنویسید و ارتباط خود با مشتری و یا فرد دیگر مسئول را ذکر کنید:		
نام و نام خانوادگی	ارتباط با بیمار	