

سلسلة سوپر ماركت HANNAFORD
إشعار ممارسات الخصوصية
للصيدليات

تاريخ النفاذ الأصلي: 14 أبريل 2003
تم التحديث في: 1 سبتمبر 2010، 1 سبتمبر 2013، 1 أغسطس 2021

يوضح هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية وكيفية الإفصاح عنها وكيفية الوصول إليها.
يُرجى مراجعته بعناية.

تلتزم شركة Hannaford Bros. Co. التزامًا راسخًا طويل الأمد بحماية خصوصية عملائنا. ويوضح هذا الإشعار إجراءات حماية الخصوصية المعمول بها لخدماتنا المتعلقة بالصيدليات في صيدليات Hannaford. عندما تزور أحد مواقع الصيدليات التابعة لنا أو تتلقى خدمات منها، سيتم حماية خصوصية معلوماتك الصحية كما هو موضح في هذا الإشعار.

نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية، وبتقديم هذا الإشعار التفصيلي لواجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية، وبالالتزام بأحكام الإشعار الساري حاليًا. كما أننا مطالبون بإخطارك في حال وقوع أي انتهاك للمعلومات الصحية المحمية غير المؤمنة ("PHI"). لمزيد من المعلومات، راجع: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html. لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها خلافًا لما هو موضح هنا.

1. الاستخدامات والإفصاحات للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية

يُسمح باستخدام المعلومات الصحية والإفصاح عنها لغرض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية بموجب قانون الخصوصية الفيدرالي، وبموجب التفويض الممنوح من خلال سجل التوقيع الذي تقوم بالتوقيع عليه في الصيدليات. فيما يلي قائمة بالأغراض المختلفة التي يجوز لنا فيها استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لهذه الأغراض.

العلاج. سنستخدم معلوماتك الصحية المحمية ونفصح عنها عند تقديم الخدمات الصيدلانية، ويجوز أن نفصح عن المعلومات لمقدمي الخدمات الآخرين المشاركين في رعايتك. على سبيل المثال، سيستخدم زملاؤنا في الصيدلية معلوماتك الصحية المحمية لتقديم الأدوية الموصوفة لك وفقًا لتعليمات مقدم الخدمة. ويجوز أن نتصل بمقدم الخدمة لمناقشة وصفتك الطبية أو التفاعلات الدوائية المحتملة أو أي مخاوف أخرى.

الدفع. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها لأغراض الفواتير والسداد الخاصة بنا أو لاحتياجات الفواتير والسداد لمقدم رعاية صحية آخر. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لمن يملك، أو لشركة تأمين أو شركة رعاية مُدارة، أو Medicare، أو Medicaid، أو جهة دفع خارجية أخرى، أو كيان رعاية صحية آخر. على سبيل المثال، يجوز أن نتواصل مع موفر خطتك الصحية لتأكيد تغطيتك لبعض الأدوية الموصوفة أو مبلغ حصص السداد الخاص بك.

لعمليات الرعاية الصحية. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها - إذا لزم الأمر - لعمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا، مثل الإدارة وتقييم الموظفين والتعليم والتدريب. على سبيل المثال، يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها لغرض مراجعة جودة خدماتنا وتحسينها.

التذكير بالوصفات الطبية. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها لتوفير "تذكيرات إعادة الملاء" لتذكيرك بأن الوصفات الطبية جاهزة للاستلام من الصيدلية أو أن الوقت قد حان لإعادة ملء وصفتك الطبية.

بدائل العلاج والمزايا والخدمات المتعلقة بالصحة. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها لإبلاغك ببدائل العلاج والمزايا والخدمات المتعلقة بالصحة والتي قد تهمك. لن نبيع قوائم عملاء الصيدليات أو المعلومات الصحية المحمية الأخرى لأطراف خارجية لأغراض التسويق.

2. الاستخدامات والإفصاحات المحددة لمعلوماتك الصحية

فيما يلي قائمة بالأغراض المختلفة التي يجوز لنا فيها استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها.

للمريض أو ممثله الشخصي لاستخدامه الخاص. عند الطلب، سنفصح عن معلوماتك الصحية المحمية لك أو لممثلك الشخصي (شخص مخول بموجب القانون للتصرف نيابة عنك فيما يتعلق بمسائل الرعاية الصحية).

الأفراد المشاركون في رعايتك أو في السداد مقابل رعايتك. ما لم تقدم لنا اعتراضًا كتابيًا، يجوز لنا الإفصاح عن معلومات صحية محمية متعلقة بك لأحد أفراد الأسرة أو صديق شخصي مقرب أو مقدم رعاية ممن يشاركون في رعايتك أو في دفع تكاليف رعايتك، أو يجوز لنا الإفصاح عن معلومات صحية محمية لإخطار أحد أفراد الأسرة أو صديق شخصي مقرب أو مقدم رعاية بخصوص حالتك العامة أو موقعك. ما لم يكن لأحد أفراد العائلة سلطة قانونية للتصرف نيابةً عنك، فسوف نفصح فقط عن المعلومات ذات الصلة بمشاركة هذا الفرد من العائلة في رعايتك أو في السداد مقابل رعايتك.

إذا طُلب ذلك بموجب القانون. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها إذا طُلب ذلك بموجب القانون.

أنشطة الرقابة الصحية. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى وكالة إشراف صحي، مثل مجلس الصيدلة، للأنشطة المصرح بها أو المطلوبة بموجب القانون، مثل عمليات التدقيق والتفتيش والتفتيش أو للأنشطة التي تنطوي على إشراف حكومي على نظام الرعاية الصحية.

شركاء الأعمال. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لمعهد أو مقدم خدمة (يُعرف باسم "شريك العمل")، والذي يحتاج المعلومات من أجل تقديم الخدمات للصيدلية والذي يوافق على حماية سرية هذه المعلومات.

3. الإفصاحات المسموح بها عن معلوماتك الصحية

بالإضافة إلى عمليات الإفصاح الموضحة أعلاه، يجوز لنا إجراء عمليات الإفصاح التالية، وفقًا للشروط والقيود المنصوص عليها في القانون الفيدرالي وقانون الولاية. ملاحظة: في بعض الحالات، قد تكون عمليات الإفصاح الواردة أدناه مطلوبة بموجب القانون، وبالتالي فقد تم تناولها أيضًا في القسم 2 أعلاه.

أنشطة الصحة العامة. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى هيئة صحية عامة مكلفة - على سبيل المثال - بالوقاية أو السيطرة على مرض أو إصابة أو إعاقة.

الإبلاغ عن ضحايا سوء المعاملة أو الإهمال أو العنف الأسري. إذا اعتقدنا أنك ضحية لسوء المعاملة أو الإهمال أو العنف الأسري، فيجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها لإخطار الجهات الحكومية، إذا كان القانون يسمح بذلك أو يقتضي ذلك.

لتجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة. عند الضرورة، ولمنع تهديد خطير لصحتك أو سلامتك أو صحة أو سلامة العامة أو أي شخص آخر، يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها، وتقتصر الإفصاحات على الشخص القادر على تقديم المساعدة في الحد من الأضرار أو منع وقوعها. على سبيل المثال، يجوز لنا الإفصاح عن معلومات صحية محمية للمساعدة في سحب المنتجات أو الإبلاغ عن تأثيرات غير مرغوبة للأدوية.

لإجراء البحوث. في ظل ظروف معينة، يجوز لنا استخدام معلوماتك أو مشاركتها لأغراض البحث، طالما يتم اتباع الإجراءات المطلوبة بموجب القانون لحماية خصوصية بيانات البحث.

الإجراءات القضائية والإدارية. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية استجابةً لأمر قضائي أو إداري. كما يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية استجابةً لطلب مثول أمام المحكمة أو طلب اكتشاف أو أي إجراء قانوني آخر إذا تلقينا دليلاً على أن الطرف الذي يطلب المعلومات قد بذل جهوداً معقولة إما (1) لإعلامك بالطلب، بحيث يكون لديك فرصة للاعتراض أو (2) لتأمين طلب وقائي مؤهل.

إنفاذ القانون. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لأغراض معينة لإنفاذ القانون، بما في ذلك، على سبيل المثال، الامتثال لمتطلبات تقديم التقارير؛ أو الامتثال لأمر قضائي أو مذكرة قضائية أو إجراء قانوني مشابه؛ أو استجابةً لطلبات معينة للحصول على معلومات تتعلق بالجرائم.

الأطباء الشرعيون، الفاحصون الطبيون، متعهدو الدفن، منظمات توريد الأعضاء. في حالة وفاتك، يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى الطبيب الشرعي والفاحص الطبي ومتعهد الدفن أو، إذا كنت متبرعاً بالأعضاء، إلى منظمة تعمل في التبرع بالأعضاء والأنسجة.

الإغاثة من الكوارث. يجوز لنا الإفصاح عن معلومات صحية محمية محدودة عنك لمنظمات الإغاثة من الكوارث.

العسكريين والمحاربين القدامى ووظائف حكومية أخرى محددة. إذا كنت عضواً في القوات المسلحة، فيجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها حال طلبها من قبل سلطات القيادة العسكرية. ويجوز لنا الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لأغراض الأمن القومي أو حسب الحاجة لحماية رئيس الولايات المتحدة أو بعض المسؤولين الآخرين أو لإجراء تحقيقات خاصة معينة.

تعويضات العمال. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها للامتثال للقوانين المتعلقة بتعويضات العمال أو البرامج المماثلة.

السجناء/المحتجزون تحت وصاية جهات إنفاذ القانون. إذا كنت محتجزاً لدى مسؤول إنفاذ القانون أو مؤسسة إصلاحية، فيجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى المؤسسة أو المسؤول لأغراض معينة بما في ذلك صحتك وسلامتك وصحة وسلامة الآخرين.

المبلغون. إذا اعتقد موظف أو شريك تجاري بحسن نية أننا شاركنا في سلوك غير قانوني أو سلوك ينتهك المعايير المهنية أو الإكلينيكية بطريقة أخرى، فيجوز له الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى محامٍ أو إحدى هيئات الصحة العامة عند مشاركة مخاوفه مع ذلك المحامي أو تلك الهيئة.

الامتثال والإنفاذ لقانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA). يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى وزير الصحة (HHS) لأغراض الامتثال والإنفاذ لقواعد قانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA).

4. الاستخدامات والإفصاحات بتفويض منك

باستثناء ما هو موضح في هذا الإشعار، لا تنوي شركة Hannaford استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها.

في حال وجود نية لاستخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لأغراض أخرى، فسيكون تصريحك مطلوباً لاستخدامات أو إفصاحات معينة، ويمكنك إلغاء هذا التفويض كتابياً في أي وقت. لم يتم إدراج هذا التفويض في إقرارك بهذا الإشعار. ولن نشارك معلوماتك أبداً لأغراض تسويقية أو نبيع معلوماتك، ما لم تمنحنا إذنًا كتابياً للقيام بذلك.

بمجرد الإفصاح عن معلوماتك الصحية وفقاً لتفويضك، قد لا تنطبق إجراءات الحماية الخاصة بقانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA) على المعلومات الصحية التي تم الإفصاح عنها، وقد يعيد المستلم الإفصاح عن هذه المعلومات دون إعلامك أو إعلامنا أو الحصول على تفويض منك أو منا.

5. حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية

فيما يلي قائمة بحقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية. يخضع كل حق من هذه الحقوق لمتطلبات وقيود واستثناءات معينة. قد تتطلب ممارسة هذه الحقوق تقديم طلب كتابي إلى الصيدلية. بناءً على طلبك، سنزودك بالصيغة المناسبة لإكمالها. لديك الحق في:

طلب وضع قيود. يحق لك طلب وضع قيود على استخدامنا لمعلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها من أجل العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. كما أن لديك الحق في طلب وضع قيود على معلوماتك الصحية المحمية التي تفصح عنها إلى أحد أفراد العائلة أو أحد الأصدقاء أو أي شخص آخر يشارك في رعايتك أو السداد مقابل رعايتك. يجب أن يكون طلبك كتابياً. وسنخطر كتابياً إذا كنا نوافق على طلبك.

لسنا مطالبين بالموافقة على التقييد الذي طلبته (باستثناء ما إذا كنت مؤهلاً عقلياً، فيمكنك قصر الإفصاح على أفراد العائلة أو الأصدقاء). إذا وافقنا على قبول التقييد الذي طلبته، فسنلتزم بطلبك باستثناء ما تدعوه ضرورة تزويدك بعلاج طارئ أو وفقاً للقانون الفيدرالي وقانون الولاية. أما إذا سددت مقابل وصفاً طبيه بالكامل من نفقتك الخاصة ولا تريد منا أن نفصح إلى موفر خطتك الصحية عن معلوماتك الصحية المحمية فيما يتعلق بتلك الوصفة لأغراض الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، فيجب علينا الامتثال لطلبك.

الوصول إلى المعلومات الصحية الشخصية. لديك الحق في فحص معلوماتك الصحية المحمية التي يمكن استخدامها لاتخاذ قرارات بشأنك - "مجموعة سجلات محددة" - والحصول على نسخة منها طالما أننا نحفظ بمعلوماتك الصحية المحمية. عادةً ما تتضمن مجموعة السجلات المحددة الوصفات الطبية وسجلات الفواتير، أو غيرها من المعلومات المكتوبة التي يمكن استخدامها لاتخاذ قرارات بشأن رعايتك، مع مراعاة بعض الاستثناءات. يجب أن يكون طلبك كتابيًا. نحن مطالبون عمومًا بتزويدك بإمكانية الوصول إلى سجلك الصحي في غضون ثلاثين (30) يومًا من استلام طلبك. لفحص معلوماتك الصحية المحمية أو نسخها، يجب عليك إرسال طلب كتابي إلى ممثل خصوصية قانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA) على العنوان المذكور أدناه وإكمال نموذج التوقيض المناسب. في معظم الحالات، قد نفرض رسومًا معقولة لتغطية تكاليفنا في نسخ المعلومات المطلوبة وإرسالها بالبريد، بما يتوافق مع القانون المعمول به.

في حال طلبت سجلات لا تحتفظ بها، سنبلغك كتابيًا بمن يحتفظ بالسجلات، إذا كان معروفًا.

قد نرفض، كتابيًا، طلبك لفحص النسخ أو استلامها في ظروف محدودة معينة. إذا تم رفض وصولك إلى المعلومات الصحية المحمية (PHI)، فيمكنك طلب مراجعة قرار الرفض عن طريق إرسال طلب كتابي إلى ممثل خصوصية قانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA) على العنوان المذكور أدناه. سيتم إجراء هذه المراجعة من قبل أخصائي رعاية صحية مرخص لم يشارك في قرار الرفض.

في حال احتفاظنا بسجل صحي إلكتروني لمعلوماتك الصحية المحمية، يحق لك أيضًا الحصول على هذه المعلومات الصحية المحمية الإلكترونية بالشكل والصيغة الإلكترونية التي تطلبها إذا كانت قابلة للإنتاج بسهولة أو، إذا لم يتيسر ذلك، في شكل وصيغة إلكترونية قابلة للقراءة ومتفق عليها من كلا الطرفين، وتوجيهنا لإرسال نسخة إلكترونية مباشرة إلى طرف خارجي تحدده أنت. قد نفرض عليك رسومًا معقولة، بما يتوافق مع القانون المعمول به، مقابل تكاليف نسخ معلوماتك الصحية المحمية و/أو نقلها و/أو إرسالها بالبريد استجابةً لطلبك.

- **ملاحظة: الطلبات المقدمة في الصيدلية للحصول على نسخ من سجلات وصفاتك الطبية، على سبيل المثال لأغراض تقديم الضرائب، لا يتم التعامل معها كطلبات رسمية للوصول إلى المعلومات ويتم التعامل معها مباشرةً من قبل الصيدلية.** إذا كنت ترغب في ممارسة حقك في الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية، فيجب أن تطلب من الصيدلي نموذج "HIPAA Request for Access" الخاص.

طلب تعديل. يحق لك طلب تعديل معلوماتك الصحية المحمية التي تحتفظ بها الصيدلية طالما تم الاحتفاظ بالمعلومات بواسطة الصيدلية أو حُفظت لصالحها. يجب أن يكون طلبك كتابيًا ويجب أن يذكر سبب التعديل المطلوب.

يجوز لنا رفض طلبك للتعديل إذا كانت المعلومات (أ) لم تُجمع بواسطة الصيدلية، إلا إذا كان جامع المعلومات غير متاح بعد الآن لتنفيذ طلبك؛ أو (ب) ليست جزءًا من المعلومات الصحية المحمية التي تحتفظ بها الصيدلية أو التي حُفظت لصالحها؛ أو (ج) ليست جزءًا من المعلومات التي يحق لك الوصول إليها؛ أو (د) دقيقة وكاملة بالفعل، على النحو الذي تحدده الصيدلية.

إذا رفضنا طلبك للتعديل، فسندعم لك رفضًا كتابيًا يتضمن أسباب الرفض والحق في تقديم بيان كتابي للاعتراض على هذا الرفض.

- **ملاحظة: الطلبات البسيطة المقدمة في الصيدلية، مثل تغيير العنوان أو معلومات التأمين، لا يتم التعامل معها كطلبات رسمية للتعديل ويتم التعامل معها مباشرةً من قبل الصيدلية.** إذا كنت ترغب في ممارسة حقك في إجراء تعديلات على معلوماتك الصحية المحمية، فيجب أن تطلب من الصيدلي نموذج "HIPAA Request for Amendment" الخاص.

طلب كشف حساب بالإفصاحات. يحق لك طلب "كشف حساب" لبعض الإفصاحات عن معلوماتك الصحية المحمية. هذه قائمة بالإفصاحات التي تم إجراؤها بواسطة الصيدلية أو بواسطة آخرين نيابة عنا، لكنها لا تشمل الإفصاحات عن العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، والإفصاح الذي تم إجراؤه وفقًا لتفويضك، وبعض الاستثناءات الأخرى.

لطلب كشف حساب بالإفصاحات، يجب أن تطلب من الصيدلي نموذج "HIPAA Request for Accounting" الخاص، مع تحديد فترة زمنية لا تتجاوز ست سنوات من تاريخ طلبك مع سرد مواقع جميع الصيدليات التي تطلب منها كشف حساب. يُصدر كشف الحساب الأول المقدم خلال فترة اثني عشر شهرًا مجانيًا؛ قد نفرض رسومًا في حال طلب المزيد من الطلبات.

طلب اتصالات سرية بوسائل بديلة. يحق لك أن تطلب أن نتواصل معك بشأن الأمور الصحية الخاصة بك بطريقة معينة. سنعمل على تلبية طلباتك المعقولة.

- **ملاحظة: الطلبات البسيطة التي تقدم في الصيدلية، مثل الاتصال بالمريض في مكان بديل عندما تكون الوصفة الطبية جاهزة، لا يتم التعامل معها كطلبات رسمية للاتصالات السرية ويتم التعامل معها مباشرةً من قبل الصيدلية.** إذا كنت ترغب في ممارسة حقك في طلب اتصالات سرية بوسائل بديلة، يجب أن تطلب من الصيدلي نموذج "HIPAA Request for Confidential Communications" الخاص.

طلب أن ينوب عنك شخص ما. إذا أعطيت أحد الأشخاص توكيلًا طبيًا أو إذا كان أحد الأشخاص وصيًا قانونيًا عليك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ قرارات بشأن معلوماتك الصحية. سنتأكد من أن هذا الشخص لديه هذه السلطة وأنه يمكنه التصرف نيابة عنك قبل اتخاذ أي إجراء.

طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار. يحق لك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار، حتى إذا كنت قد وافقت على استلام هذا الإشعار إلكترونيًا. يمكنك طلب نسخة من هذا الإشعار في أي وقت. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك الحصول على نسخة من هذا الإشعار على موقعنا، www.hannaford.com، وعلى تطبيق الصيدلية الخاص بنا.

6. لمزيد من المعلومات أو لتقديم شكوى

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات بخصوص حقوق الخصوصية بقانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA)، فيرجى الاتصال بمسؤول خصوصية قانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA) على الرقم 207-885-3091، صندوق بريد 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 أو على البريد الإلكتروني privacy@retailbusinessservices.com. إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد تم انتهاكها، فيمكنك تقديم شكوى كتابية إلى الصيدلية أو إلى مكتب الحقوق المدنية في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. لن تواجه بردٍ عنيف منا إذا قدمت شكوى.

لتقديم شكوى إلى الصيدلية، يمكنك طلب نموذج HIPAA Complaint في متجرنا، أو الاتصال بمسؤول خصوصية قانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA) المذكور أعلاه. لتقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية، أرسل شكواك المكتوبة بالبريد إلى Office for Civil Rights, U.S. Department of Health

7. التغييرات التي تطرأ على هذا الإشعار

نحتفظ بحقنا في تغيير هذا الإشعار وجعل أحكام الإشعار المنقحة أو الجديدة سارية لجميع المعلومات الصحية المحمية التي تم استلامها والاحتفاظ بها من قبل الصيدلية وكذلك لجميع المعلومات الصحية المحمية التي نتلقاها في المستقبل. سننشر نسخة من الإشعار المنقح على موقعنا الإلكتروني، www.hannaford.com، وعلى تطبيقنا وسننشر نسخة من الإشعار المنقح في صيدليات Hannaford.

8. قانون الولاية الأكثر صرامة

إذا كانت ولايتك لديها قانون أو لائحة أكثر صرامة من قواعد قانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA)، فنحن مطالبون باتباعه. إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات إضافية حول تدابير الحماية بقانون الولاية في ولايتك، فيرجى الاتصال بمسؤول خصوصية قانون حماية معلومات المرضى الأمريكي (HIPAA) على الرقم 207-885-3091، صندوق بريد 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 أو على البريد الإلكتروني privacy@retailbusinessservices.com.

إقرار باستلام إشعار ممارسات الخصوصية

إذا لم تقدم توقيعك للإقرار باستلام هذا الإشعار في الصيدلية، فيرجى إكمال القسم أدناه، وتمزيق هذا الجزء وإعادته إلى الصيدلية التي حصلت منها على وصفتك الطبية:

بالتوقيع أدناه، أقر بأنني تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بصيدلية Hannaford:

اسم العميل	التوقيع	التاريخ
اسم الصيدلية / العنوان	رقم الوصفة الطبية	
الاسم بحروف واضحة	العلاقة بالمريض	

في حالة توقيع الممثل الشخصي للمريض، يرجى كتابة اسمك ووصف علاقتك بالعميل أو أي سلطة أخرى للتصرف: