



ملخص إخطار ممارسات الخصوصية

تحتل سرية معلوماتك الصحية المحمية، والتي تسمى أيضا سجلك الطبي، أولوية فائقة لدى دينتال 3 Dental. هنالك عدد من الأسباب التي نحتاج من أجلها استخدام هذه المعلومات أو الإفصاح بها لجهات أخرى. يأتي إخطار ممارسات الخصوصية ليلبغك بالطرق التي يمكننا عبرها استخدام أو إعطاء المعلومات من سجلك الطبي. لا تمثل هذه الصفحة إخطار ممارسات الخصوصية بأكمله. يتوفر الإخطار بنصه الكامل عند الطلب. بالإضافة إلى التزامنا طويل الأمد بحماية معلوماتك، فهناك التزامات محددة تقع على مسؤوليتنا طبقاً للقانون الفيدرالي. و تزويدك بهذا الإخطار هو من بين هذه الالتزامات.

الأمور المفسرة في إخطار ممارسات الخصوصية بنصه الكامل.

- **كيف يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية من دون موافقتك من أجل:**
 - تقديم العلاج إليك
 - استحصال الاجور لقاء الخدمات المقدمة لك
 - تقديم التقارير إلى الوكالات الفيدرالية وفي الولاية والوكالات المحلية وجهات أخرى عندما يتطلب القانون تقديمها
 - تقديم التقارير أو مشاركة المعلومات لأغراض الصحة العامة و/أو السلامة و/أو الأغراض البحثية.
- **كيف يمكننا مشاركة معلوماتك من دون موافقتك ولكن فقط مع حقك في الاعتراض:**
 - مشاركة المعلومات المتعلقة بك مع اسرتك أو أصدقائك أو آخرين معينين برعايتك من أجل استحصال الأجور لقاء الخدمات التي تلقيتها
 - مشاركة المعلومات في حالة وقوع كارثة من أجل إبلاغ أسرتك وأصدقائك مكان تواجدك وحالتك العامة
- **كيف يمكننا مشاركة معلوماتك فقط بعد موافقتك عند الإفصاح لجهات غير تلك المذكورة أعلاه.**
- **تشمل حقوقك القانونية وفق قوانين الخصوصية الفيدرالية حقك في:**
 - طلب مشاهدة معلوماتك الطبية والحصول على نسخة عنها
 - طلب تصحيح المعلومات الخاطئة والناقصة في معلوماتك الطبية
 - طلب قائمة بالاماكن التي ارسلنا إليها معلوماتك، مالم يتم ارسالها بموافقتك، لأغراض دفع الاجور أو العلاج أو عمليات الرعاية الصحية
 - طلب وضع حدود على المعلومات التي نستخدمها أو نتشارك بها لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، أو المعلومات التي نشارك بها مع أفراد الأسرة وآخرون معينون برعايتك.
 - لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك
 - طلب أن نتواصل معك بطريقة سرية
 - طلب نسخ تحريرية عن إخطار ممارسات الخصوصية في أي وقت كان
 - إبلاغك في حالة وجود خرق للمعلومات الصحية غير المؤمنة وغير المحمية
 - تقديم شكوى في حال أن اعتقدت بوجود انتهاك لحقوق الخصوصية لديك
 - التسديد بالكامل من مالك الخاص لبند أو خدمة من خدمات الرعاية الصحية وتقبيد الإفصاح عن ذلك البند أو الخدمة المحددة لمزود الخدمة الصحية لديك



SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at Dental 3. There are a number of reasons we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. The full notice is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information, there are certain obligations we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
 - Provide treatment to you
 - Get paid for the services we provide to you
 - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting
 - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.
- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
 - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive
 - To share information in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition
- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**
- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
 - Ask to see and copy your medical information
 - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected
 - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations
 - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information we share with family members or others involved in your care. We are not required to agree to your request
 - Ask that we communicate with you in a confidential manner
 - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time
 - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information
 - File a complaint if you think your privacy rights have been violated
 - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider