



ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှုအသိပေးချက် အကျဉ်းချုပ်

သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို သင်၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းဟုလည်းခေါ်ပြီး Dental 3 တွင် ထိပ်တန်းဦးစားပေး ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အကြောင်းရင်းများစွာကြောင့် ဤအချက်အလက်ကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် အခြားသူများကို ထုတ်ပြောခြင်းတို့လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းထဲမှ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပြီး ထုတ်ပြောနိုင်သော နည်းလမ်းများကို သင့်အားအသိပေးရန် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှုအသိပေးချက်ကို ပေးအပ်ထားပါသည်။ ယခုစာမျက်နှာသည် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှု အသိပေးချက် အပြည့်အစုံမဟုတ်ပါ။ အသိပေးချက် အပြည့်အစုံကို တောင်းဆိုလျှင် ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင်၏အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ရေရှည်တည်တံ့သောကတိကဝတ်ပြုမှုအပြင် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရလည်း ကျွန်ုပ်တို့ထံတွင် တိကျသည့်တာဝန်ခံမှုများ ရှိပါသည်။ ထိုသို့သောတာဝန်ခံမှုတစ်ခုမှာ သင့်ကိုဤအသိပေးချက် ပေးအပ်ရန် ဖြစ်ပါသည်။

ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှုအသိပေးချက် အပြည့်အစုံ၌ ရှင်းပြထားသော အချက်များ

- **သင်၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို သင့်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုမှုဝေနိုင်ပုံ-**
 - သင့်အား ကုသမှုပေးခြင်း
 - သင့်အတွက်ဆောင်ရွက်ပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေတောင်းခံရယူခြင်း
 - ဖက်ဒရယ်၊ ပြည်နယ်နှင့် ဒေသဆိုင်ရာ အေဂျင်စီများနှင့် အခြားသူများထံ အစီရင်ခံစာ တင်ပြရန် ဥပဒေအရလိုအပ်ပါက အစီရင်ခံစာ တင်ပြခြင်း
 - ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး၊ လုံခြုံရေးနှင့် သုတေသန ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အစီရင်ခံစာ တင်ပြခြင်း သို့မဟုတ် အချက်အလက်မျှဝေခြင်း။
- **သင်ကန့်ကွက်ပိုင်ခွင့် ပေးထားမှသာ သင့်အချက်အလက်များကို သင့်ခွင့်ပြုချက်ဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့မျှဝေနိုင်ပုံ-**
 - သင်ရရှိသည့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေရန် သင့်အားကုသမှုတွင် ပါဝင်ပတ်သက်သော မိသားစု၊ အသိမိတ်ဆွေ သို့မဟုတ် အခြားသူများအား သင့်အကြောင်း အချက်အလက်များ မျှဝေခြင်း
 - သဘာဝဘေးအန္တရာယ် ဖြစ်ပွားပါက အချက်အလက်မျှဝေကာ သင်ရှိသည့်နေရာနှင့် သင်၏အထွေထွေအခြေအနေကိုသင့်မိသားစုနှင့် အသိမိတ်ဆွေများအားအသိပေးရန်
- **အထက်ဖော်ပြပါ အချက်များမဟုတ်ဘဲ ထုတ်ပြောရန်အတွက် သင့်ခွင့်ပြုချက် ရမှသာ သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုမှုဝေနိုင်ပုံ-**
- **ဖက်ဒရယ် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာဆိုင်ရာဥပဒေများအရသင်၏တရားဝင်အခွင့်အရေးများထဲတွင် အောက်ပါ အခွင့်အရေးများ ပါဝင်ပါသည်-**
 - သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကိုကြည့်ရှုပြီး မိတ္တူကူးယူရန် တောင်းဆိုခြင်း
 - သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များထဲမှ မှားယွင်းသော သို့မဟုတ် မပြည့်စုံသောအချက်အလက်များကို ပြင်ဆင်ခိုင်းခြင်း
 - ငွေပေးချေမှု၊ ကုသမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းများအတွက်သင့်ခွင့်ပြုချက်ဖြင့် ပေးပို့ခြင်းမဟုတ်ပါက သင့်အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ပေးပို့ထားသော နေရာများစာရင်းကို တောင်းဆိုခြင်း
 - ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြု မျှဝေသော အချက်အလက် သို့မဟုတ် သင်၏ကုသမှုတွင် ပါဝင်ပတ်သက်သော မိသားစုဝင်များနှင့် အခြားသူများအား ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေသော အချက်အလက်ကို ကန့်သတ်ရန် တောင်းဆိုခြင်းသင့်တောင်းဆိုမှုကို ကျွန်ုပ်တို့သည် မဖြစ်မနေသဘောတူရမည် မဟုတ်ပါ
 - လျှို့ဝှက်ထားရှိသောပုံစံဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်နှင့်ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန်
 - ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျင့်သုံးမှု အသိပေးချက်မိတ္တူစာရွက်ကို အချိန်မရွေး တောင်းဆိုခြင်း
 - မလုံခြုံသော၊ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ချိုးဖောက်မှုရှိပါက အသိပေးချက်ရယူခြင်း
 - သင့်ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အခွင့်အရေးများ ချိုးဖောက်ခံရသည်ဟုယူဆပါက တိုင်ကြားချက်ဖွင့်ခြင်း
 - ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနည်းလမ်း သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုအတွက် အပြည့်အဝ ငွေစိုက်ထုတ်ပေးချေကာ ထိုသီးသန့်နည်းလမ်း သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုကို သင့်ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် ဆောင်ရွက်ပေးသူအားထုတ်မပြောရန်ကန့် သတ်ခြင်း



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