ကျန်းမာနေထိုင်ကောင်းမွန်ရေး အသိပေးချက် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ လျှို့ဝှက်ထားချက်ကျင့်ထုံးများကို အသိပေးချက်၊ လူနာ၏ အခွင့်အရေးများ၊ ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ၏ စိုးရိမ်မှုများ၊ ဆေးကုသမှု ပေးသူ စံနှုန်းများ၊ အာမခံ အချက်အလက်များ အပါအဝင်

I. ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ လျှို့ဝှက်ထားချက်ကျင့်ထုံးများကို အသိပေးချက်

သက်ရောက်သည့်ရက်စွဲ - မတ် 26, 2013 ပြန်လည်တည်းဖြတ်သည့်ရက်စွဲ- ဇန်နဝါရီ 10, 2017

ယခုအသိပေးချက်သည် သင်၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို မည်သို့ အသုံးပြုမည်၊ အသိပေးမည်နှင့် သင်မှ မည်သို့ သိရှိနိုင်မည်တို့ကို ဖော်ပြထားပါသည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး ဂရုတစိုက် ဖတ်ရှုလေ့လာပါ။ **အကျုံးဝင်သူများ** Walmart နှင့် Sam's Club ဆိုင်များ အားလုံးရှိ ဆေးဆိုင်၊ အထူးဆေးဆိုင်၊ Central Fill, အမြင်အာရုံဌာန/မျက်လုံးဆိုင်ရာ၊ ဆေးခန်းများနှင့် ဆေးဝါးဖြင့် ကုသမှုစီမံခန့်ခွဲရေး ဝန်ဆောင်မှုများ။

သင်၏ ဆေးကုသမှုအချက်အလက်သည် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့မှ နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ ဆေးကုသမှု အချက်အလက်များကို ထိန်းသိမ်းကာကွယ်ထားရန် ခံယူချက်ရှိပါသည်။ Wal-Mart Stores, Inc. ("Walmart and Sam's Club") နှင့် ၎င်း၏ ဆက်စပ်ကုမ္ပဏီများသည် ဥပဒေအရ ကာကွယ်မှုပေးထားသော သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ("PHI") များကို ထိန်းသိမ်းရန်၊ ယခုအသိပေးချက်၏ သတ်မှတ်ချက်များကို လိုက်နာရန်နှင့် သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်နှင့် ပတ်သက်သော ကျွန်ုပ်တို့၏ ဥပဒေအရ တာဝန်များနှင့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ လျှို့ဝှက်ထားချက် ကျင့်ထုံးများ ကို ဖော်ပြထားသည့် ယခုအသိပေးချက်အား ပေးအပ်ရန်ဖြစ်ပါသည်။ လက်ရှိအသိပေးချက်တွင်ပါဝင်သော သတ်မှတ်ချက်များကို ကျွန်ုပ်တို့မှ လိုက်နာရပါမည်။ သက်ရောက်သည့်ရက်စွဲ - မတ် 26, 2013 ပြန်လည်တည်းဖြတ်သည့်ရက်စွဲ - ဇန်နဝါရီ 10, 2017

Walmart နှင့် Sam's Club သည် အကာအကွယ်ပေးထားသော သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်အသိပေးခြင်း ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

1. ကုသမှုအတွက်။ ဆေးအညွှန်းပြခြင်း၊ ဆေးကုသမှု/ဝန်ဆောင်မှု ပေးခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးဝါးဖြင့် ကုသမှုစီမံခန့်ခွဲရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင်၏ PHI ကို ကျွန်ုပ်တို့မှ အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ဆေးကုသပေးနေသည့်သမားတော်များ၊ ကုသမှုပေးသူများ၊ ဆေးဝါးဆိုင်များ၊ မျက်လုံးကုသမှုပေးသူများနှင့် သင်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ကုသမှုတွင်ပါဝင်သော အခြားသူများအား သင်၏ PHI ကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ **2. ငွေပေးချေခြင်းအတွက်။** သင်၊ သင့်အာမခံကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် တခြားအဖွဲ့ထံသို့ ငွေတောင်းခံလွှာပေးပို့ပြီး ငွေပေးချေမှုရယူရန်အတွက် သင်၏ PHI ကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပြီး ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ ၎င်းတွင် ပြည်နယ် Medicaid၊ Medicare သို့မဟုတ် အခြားကျန်းမာရေး အစီအစဉ်ဖြင့် အာမခံအကျုံးဝင်မှု စစ်ဆေးခြင်း၊ စာရင်းဝင်မှုကို ဆုံးဖြတ်ခြင်း၊ ကျွန်ုပ်တို့အား ငွေတောင်းခံလွှာပေးပို့ပြီး ကျသင့်ပမာဏကို ရယူပေးမည့် အဖွဲ့များကို အသိပေးခြင်းတို့ ပါဝင်ပါသည်။ **3. ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မ ူအတွက်။** ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ ပေးအပ်ပြီး အရည်အသွေးမီ ဝန်ဆောင်မှုရရှိကြောင်း သေချာစေသည့် ဆောင်ရွက်ချက်များ အပါအဝင်ဖြစ်သော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများအတွက် သင့် PHI ကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပြီး ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ **4. အညွှန်းဆေးထပ်ယူရန် သတိပေးချက်နှင့် ကျန်းမာရေးဆက်စပ် ပစ္စည်းများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်။** သင်၏ PHI အား ကျွန်ုပ်တို့မှ အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်း ပြုလုပ်မည်မှာ- (1) သင့်အတွက် အညွှန်းဆေးထပ်ယူရန် သတိပေးခြင်း၊ (2) အညွှန်းဆေး သက်တမ်းကုန်မှု အသိပေးခြင်း၊ (3) ကျန်းမာရေးဆက်စပ် ပစ္စည်းများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း ပြောပြခြင်း၊ (4) နှစ်စဉ် မျက်လုံး သို့မဟုတ် အခြားစစ်ဆေးမှုအတွက် သတိပေးခြင်း၊ (5) သင်စိတ်ဝင်စားနိုင်မည့် အခြားကုသမှုများကို အကြံပြုခြင်း၊ (6) အညွှန်းပစ္စည်းများကို သင်ရယူနိုင်မည့် အခြားနေရာများကို ပြောပြခြင်း၊ (7) ဆေးခန်းချိန်းဆိုမှုအကြောင်း သတိပေးခြင်း၊ (8) ဆေးခန်းချိန်းဆိုမှုအတွက် သက်ဆိုင်သည့်အချက်အလက်များပေးခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးဝါးဖြင့်ကုသမှု စီမံခန့်ခွဲရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ဖြစ်ပါသည်။ **5. သင်၏စောင့်ရှောက်ကုသမှု သို့မဟုတ် သင်၏စောင့်ရှောက်ကုသမှုအတွက် ငွေပေးချေမှုတွင် ပါဝင်သူ များ။** သင်၏ PHI အား သင့်ကုသမှု သို့မဟုတ် သင့်အတွက် ငွေပေးချေမှုတွင် ပါဝင်သော မိသားစုဝင် သို့မဟုတ် မိတ်ဆွေအား ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့ရာတွင် သင်မှ ဤသို့ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်းအတွက် သဘောတူညီရမည်ဖြစ်ပြီး သဘောမတူပါက ကန့်ကွက်ရန် အခွင့်အရေးတရပ် သင့်ကိုပေးပါမည်။ သင်မအားပါက သို့မဟုတ် ကန့်ကွက်နိုင်စွမ်းမရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့မှ သင့်အတွက် အကောင်းဆုံးဖြစ်စေရန် သင့်ကိုယ်စား အကောင်းဆုံး ဆုံးဖြတ်ပေးသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ **6. ဥပဒေအရ လိုအပ်သည့်အလျောက်။** ဖယ်ဒရယ်၊ ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသတွင်း ဥပဒေအရ လိုအပ်လာပါက သင်၏ PHI ကို အသိပေးသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ **7. ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ဘေးကင်းရေးအတွက် ကြီးလေးသည့် အန္တရာယ်မှ တားဆီးရန်။** သင်၏ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ဘေးကင်းရေးအတွက် ကြီးလေးသည့် အန္တရာယ်မှ တားဆီးရန်လိုအပ်သည့်အခါ နှင့် အများပြည်သူ သို့မဟုတ် အခြားတစ်ဦး၏ ကျန်းမာရေးနှင့် ဘေးကင်းရေးကို ကြီးလေးသည့် အန္တရာယ်မှ တားဆီးရန်လိုအပ်သည့်အခါ သင်၏ PHI ကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်း ပြုလုပ်ပါမည်။ ရောဂါကာကွယ်ထိန်းချုပ်ခြင်း၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာ ကာကွယ်ခြင်း၊ ဆေးနှင့်ဓာတ်တုံ့ပြန်မှုများ သို့မဟုတ် ထုတ်ကုန်ပစ္စည်းများတွင် ပြဿနာရှိသည့်အခါ အစီရင်ခံခြင်း၊ ထုတ်ကုန်ပစ္စည်းများအား ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်း၊ ကလေးသူငယ်များ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုများ၊ မှီခိုသူအရွယ်ရောက်သူများအပေါ် ညှဉ်းပန်းနှိပ်စက်ခြင်း သို့မဟုတ် လစ်လျူရှုထားခြင်းများအပေါ် အစီရင်ခံခြင်းတို့ကဲ့သို့ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ဆောင်ရွက်ချက်များအတွက် သင်၏ PHI ကို ကျွန်ုပ်တို့ ထုတ်ဖော်ပြောကြားနိုင်ပါသည်။ သို့သော် ၎င်းအန္တရာယ်အား ကာကွယ်တားဆီးနိုင်စွမ်းရှိသူကိုသာ ထုတ်ဖော်ပြောကြားမည် ဖြစ်ပါသည်။ **8. ကျန်းမာရေး ကြီးကြပ်မှု ဆောင်ရွက်ချက်များအတွက်။** ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသည့် ဆောင်ရွက်ချက်များအတွက် သင်၏ PHI ကို ကျန်းမာရေး ကြီးကြပ်မှု အဖွဲ့အစည်းထံ ကျွန်ုပ်တို့ ထုတ်ဖော်ပြောကြားနိုင်ပါသည်။ ၎င်းကျန်းမာရေးကြီးကြပ်သည့် ဆောင်ရွက်မှုများသည် အစိုးရအနေဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စနစ်ကို စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုရေးအတွက် လိုအပ်ပြီး ၎င်းဆောင်ရွက်ချက်များတွင် စာရင်းစစ်ခြင်းများ၊ စုံစမ်းစစ်ဆေးမှုများနှင့် လိုင်စင်ခွင့်ပြုချက်များ ပါဝင်ပါသည်။ **9. တရားစွဲဆိုခြင်းများနှင့် အငြင်းပွားမှုများအတွက်။** သင်သည် တရားစွဲဆိုခြင်းတစ်ရပ် သို့မဟုတ် အငြင်းပွားမှုတစ်ရပ်တွင် ပါဝင်ပါက တရားရုံး သို့မဟုတ် အုပ်ချုပ်ရေးမှ အမိန့်ထုတ်ပြန်ချက်ကို တုံ့ပြန်သည့်အနေဖြင့် သင်၏ PHI ကို အသိပေးထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။ တရားရုံးမှ ဆင့်ခေါ်စာအရလည်း သင်၏ PHI ကို ထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် အငြင်းပွားမှုတွင်ပါဝင်သော တစ်စုံတစ်ဦးမှ အချက်အလက်သိရှိရေးအတွက် တောင်းဆိုမှု သို့မဟုတ် ဥပဒေအရ တောင်းဆိုမှုအရ ထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။ သို့သော် အကာအကွယ်ပေးထားသော အချက်အလက်အတွက် တောင်းဆိုမှု (ရေးသားတောင်းဆိုထားချက် ပါဝင်နိုင်ပါသည်) သို့မဟုတ် တောင်းဆိုထားသည့် အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ထားသည့် အမိန့်ရရှိရေးအတွက်အကြောင်း သင့်ကို အသိပေးရန် ကြိုးပမ်းပြီးမှသာ ထိုသို့ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုပါမည်။ **10. အထူး အစိုးရလုပ်ငန်းများအတွက်။** သင်၏ PHI ကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်သည်မှာ- (1) သင်သည် လက်နက်ကိုင်အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်ပြီး တပ်မတော် အာဏာပိုင်များမှ လိုအပ်လာပါက၊ (2) သင်သည် အကျဉ်းသား သို့မဟုတ် အချုပ်ကျနေသူဖြစ်ပါက၊ အကျဉ်းဦးစီးဌာန သို့မဟုတ် ဥပဒေထိန်းသိမ်းရေး အရာရှိထံသို့၊ (3) အချို့အခြေအနေများတွင် ဥပဒေကြီးကြပ်ရေး အရာရှိ၏ တောင်းဆိုမှုအရ၊ (4) ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသော အမျိုးသားလုံခြုံရေးအကြောင်းပြချက်ဖြင့်၊ (5) သမ္မတ၊ အခြားအာဏာပိုင်များ သို့မဟုတ် နိုင်ငံခြားခေါင်းဆောင်များ ကာကွယ်ရန်အတွက် ခွင့်ပြုချက်ရ ဖယ်ဒရယ်အရာရှိများထံ။ **11. အလုပ်သမားများ၏နစ်နာကြေးအတွက်။** အလုပ်သမားလျော်ကြေး သို့မဟုတ် အလားတူအစီအစဉ်များအတွက် သင်၏ PHI ကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ **12. ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်း လှူဒါန်းခြင်းအတွက်။** ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်း လှူဒါန်းခြင်း သို့မဟုတ် အစားထိုးခြင်းတို့အတွက် ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်း ရယူသည့်ဌာန သို့မဟုတ် အလားတူအဖွဲ့အစည်းများသို့ သင်၏ PHI ကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ **13. သေမှုခင်းစစ်ဆေးသူများနှင့် နာရေးစီစဉ်သူများအတွက်။** သင်ကွယ်လွန်ပါက သင်၏ PHI အား နာရေးစီစဉ်သူ၊ သေမှုခင်း စစ်ဆေးသူ၊ သို့မဟုတ် သေမှုသေခင်း စစ်ဆေးသူဆရာဝန် တို့အား ၎င်းတို့တာဝန်များ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် ဥပဒေအတိုင်း ထုတ်ပြန်သွားပါမည်။ **14. ကိုယ်ရေးကိုယ်စားလှယ်များ။** သင်၏မိဘ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၊ သင့်ပိုင်ဆိုင်မှုများကို စီမံခန့်ခွဲသူ သို့မဟုတ် သေတမ်းစာအရ ဆောင်ရွက်သူ၊ သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ အခွင့်အာဏာရှိသော တစ်ဦးဦးကဲ့သို့ သင့်ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ရန် တရားဝင် ခွင့်ပြုချက်ရထားသူတစ်ဦး ထံသို့ သင်၏ PHI ကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ **15. ဈေးကွက်ရှာဖွေခြင်းအတွက်။** သင်၏ PHI အား အခြားအဖွဲ့အစည်းများ၊ ကိုယ်စားလှယ်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ နှင့်/သို့မဟုတ် ကန်ထရိုက်တာများအား သင့်ကို အရောင်းမြှင့်တင်ရေးအတွက် ဆက်သွယ်ရန်အတွက် သင်ခွင့်ပြုချက်ဖြင့် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ **16. PHI ရောင်းချခြင်းအတွက်။** သင်၏ ကုသမှု သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ်ကို ပေးချေရန်အတွက် သက်ဆိုင်သည့်အဖွဲ့အစည်းများထံ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်း မဟုတ်ပါက သို့မဟုတ် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေအရ အခြားနည်းဖြင့် သတ်မှတ်ထားချက်အရ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်း မဟုတ်ပါက သင်၏ PHI အား တိုက်ရိုက် သို့မဟုတ် သွယ်ဝိုက် အကျိုးအမြတ်အတွက် အခြားမည်သူ့ထံကိုမျှ ထုတ်ပြန်ခြင်း၊ ရောင်းချခြင်း ပြုလုပ်လိမ့်မည် မဟုတ်ပါ။ အဆိုပါအခြေအနေများတွင် ထိုသို့ထုတ်ဖော်ပြောဆိုမှုများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိနိုင်သည့် အခကြေးငွေသည် PHI ပြင်ဆင်ခြင်း သို့မဟုတ် ပေးပို့ခြင်းဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်ကို မကျော်လွန်ရပါ။ **17. လုပ်ငန်းဆက်စပ်နေသူများအတွက်။** ကျွန်ုပ်တို့နှင့် လုပ်ငန်းခြင်းဆက်စပ်နေပြီး ဝန်ဆောင်မှု ပေးနေသူအချို့အား သင်၏ PHI ကို မျှဝေနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့နှင့် လုပ်ငန်းဆက်စပ်နေသူသည် ၎င်းအား ကျွန်ုပ်တို့စေခိုင်းသည်ကို လုပ်ကိုင်နိုင်ပြီး ၎င်းပေးခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင် သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စားပေးချေမည့်သူထံ ကုန်ကျစရိတ် တောင်းခံနိုင်ရေးအတွက် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ PHI ကို ကျွန်ုပ်တို့နှင့် လုပ်ငန်းဆက်စပ်နေသူထံ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ ဥပဒေအရနှင့် Walmart and Sam's Club ၏ သတ်မှတ်ချက်အရ သင်၏ PHI ကို ကာကွယ်ထားရန်အတွက် ဖယ်ဒရယ်ဥပဒေအရ လုပ်ငန်းဆက်စပ်နေသူများနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ စာချုပ်ချုပ်ဆိုရန် လိုအပ်ပါသည်။ **18. သုတေသနအတွက်။** သင်၏ PHI အား သုတေသနအတွက် မျှဝေနိုင်ပြီး သက်ဆိုင်သည့်အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းဆက်စပ်နေသူတို့မှ ထိုအတွက် ရလာသော အခကြေးငွေသည် ထိုအတွက် PHI ကို ပြင်ဆင်ထုတ်ပြန်ရေး ကုန်ကျစရိတ်ကို ကာမိနိုင်စေရန်အတွက် သင့်တော်သည့်အဖိုးအခသာ ဖြစ်ပါသည်။ **19. ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးကြောင်း အထောက်အထား။** အကယ်၍ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၊ အုပ်ထိန်းမှုလက်အောက်မှ လွတ်မြောက်သူ အသက်မပြည့်သေးသူ သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်ရာ တခြားတစ်ဦးဦးမှ ခွင့်ပြုပြီး ပြည်နယ် သို့မဟုတ် အခြားဥပဒေအရ သတ်မှတ်ချက်အတိုင်း ကျောင်းတစ်ကျောင်း၏ ကျောင်းသား သို့မဟုတ် ကျောင်းသားဖြစ်လာမည့်သူ၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း မှတ်တမ်းများကို ကျောင်းသို့ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ **20. ကားပေါ်မှပင်ဝယ်နိုင်သော ဆေးဆိုင်အတွက် ထုတ်ပြန်ခြင်း။** အချို့ဆိုင် သို့မဟုတ် ကလပ်များတွင် ကားပေါ်မှဝယ်နိုင်သော ဆေးဆိုင် ရှိပါသည်။ ဆေးဆိုင်နှင့်စကားပြောဆိုရာတွင် ဆေးဆိုင်အနီးရှိ အခြားတစ်ဦးမှ ကြားနိုင်ပါသည်။ သင်သည် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက် လျှို့ဝှက်ထားလိုပါက ဆိုင် သို့မဟုတ် ကလပ်ထဲရှိ ဆေးဆိုင်ကို အသုံးပြုရန် အကြံပြုပါသည်။ **21. သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်းအတွက် ကန့်သတ်ချက်များ။** ဤအသိပေးချက်တွက် ဖော်ပြထားသည်မှလွဲ၍ သင်၏ PHI အား သင့်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်း သို့မဟုတ် အသုံးပြုခြင်း ပြုလုပ်မည်မဟုတ်ပါ။ သင့် PHI အား အသုံးပြုခွင့် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခွင့် ပေးပါက အဆိုပါ ခွင့်ပြုချက်အား ပယ်ဖျက်ခြင်းကို စာဖြင့်ရေးသားပြီး အချိန်မရွေး ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ ထိုသို့ ခွင့်ပြုချက် ပယ်ဖျက်လိုက်ပါက ယခင်က ခွင့်ပြုချက်ဖြင့် လုပ်ဆောင်ပြီးသွားသည်မှလွဲပြီး သင့်ခွင့်ပြုချက်အရ လုပ်ဆောင်နိုင်သော အသုံးပြုမှုနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုမှုတို့ကို ရပ်ဆိုင်းပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဖယ်ဒရယ် HIPAA ထက် ပိုမိုတင်းကျပ်သော ပြည်နယ်ဥပဒေကိုလည်း လိုက်နာရမည် ဖြစ်ပါသည်။ သင်၏ PHI အပါအဝင် လုံခြုံရေးကျိုးပေါက်ခြင်း ဖြစ်ပွားပါက သင့်ကို အသိပေးပါမည်။ အဆိုပါဥပဒေများနှင့် ပတ်သက်သောအချက်အလက်များကို www.walmart.com, www.samsclub.com တွင် ရယူနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် ဒေသတွင်း ဆိုင်များနှင့် ကလပ်များတွင် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့မှတ်တမ်းများတွင် ထိန်းသိမ်းထားသော သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအရ သင့်တွင် အောက်ပါလုပ်ပိုင်ခွင့်များ ရှိပါသည်။

1. ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများအတွက် သင့် PHI အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်း၊ သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုဝင်၊ မိတ်ဆွေကဲ့သို့ သင့်ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှုတို့တွင် ပါဝင်သူတို့အား သင်၏ PHI ကို အသိပေးရာတွင် ကန့်သတ်ချက်များကို သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့မှ သင့်တောင်းဆိုချက်များကို ငြင်းပယ်နိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့မှ သဘောတူပါက အရေးပေါ်အခြေအနေအချို့နှင့် ဥပဒေအရ လိုအပ်ချက်မှလွဲ၍ သင့်တောင်းဆိုချက်အတိုင်း လိုက်နာပါမည်။ 2. အပြည့်အဝ (ကိုယ်ပိုင်ငွေဖြင့်) ပေးချေရသော ဝန်ဆောင်မှုမျိုးအတွက် သင်၏ PHI အား ထုတ်ဖော်ပြောဆိုရာတွင် သင်သည် ကန့်သတ်ချက်များ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ 3. သင်၏ ဆေးကုမှု မှတ်တမ်းများကို ထုတ်လုပ်ရန် အဆင်ပြေပါက သင်သည် မိတ္တူကို ရရှိပြီး စစ်ဆေးမှု ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ သာမန်အားဖြင့် အဆိုပါမှတ်တမ်းတွင် ဆေးအညွှန်းနှင့် ငွေတောင်းခံလွှာ မှတ်တမ်းများ ပါဝင်ပါသည်။ သင့်တောင်းဆိုမှုအတွက် ကျသင့်သော စရိတ်ကို ကျွန်ုပ်တို့မှ ကောက်ခံနိုင်ပါသည်။ သင့်တောင်းဆိုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့မှ ငြင်းပယ်နိုင်ပြီး၊ ထိုအခြေအနေတွင် သင်သည် ငြင်းပယ်မှုကို ပြန်လည်သုံးသပ်ရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ 4. သင့် PHI သည် မမှန်ကန် သို့မဟုတ် မပြည့်စုံပါက ကျွန်ုပ်တို့ ပြန်လည်ပြင်ဆင်ပေးရန် သင် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်တောင်းဆိုချက်အတွက် အကြောင်းပြချက် ပေးရပါမည်။ သင့် PHI သည် မှန်ကန်ပြည့်စုံပါက သင့်တောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းပယ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် ၎င်းသည် Walmart သို့မဟုတ် Sam's Club နှင့်သက်ဆိုင်သော PHI အစိတ်အပိုင်းမဟုတ်ပါက ငြင်းပယ်နိုင်ပါသည်။ သင်၏တောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းပယ်ခံရပါက သင်သည် သင့်မှတ်တမ်းရှိ မမှန်ကန် မပြည့်စုံဟု သင်ထင်သည့် အချက်ကို ဖော်ပြပြီး သဘောမတူကြောင်းကို တင်ပြခွင့်ရှိပါသည်။ သင့်တောင်းဆိုချက်သည် သင့်ဆေးမှတ်တမ်းတွင်

ပါဝင်မည် ဖြစ်ပါသည်။ သင်၏ မှတ်တမ်းများတွင် ၎င်းကို ပူးတွဲဖော်ပြမည်ဖြစ်ပြီး သင်မှ မမှန်ကန် မပြည့်စုံဟု ယူဆသော ဖော်ပြချက်ကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုသည့်အခါတွင် ၎င်းကို ပူးတွဲဖော်ပြပါမည်။ **5.** သင့် PHI အတွက် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုမှု စာရင်းကို သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဤသည်မှာ ကုသမှု၊ ပေးချေမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသော အခြားခြွင်းချက်များမှလွဲ၍ သင့်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုမှု စာရင်းဖြစ်ပါသည်။ သင့်တောင်းဆိုမှုတွင် အချိန်ကာလ ဖော်ပြရမည်ဖြစ်ပြီး ခြောက်နှစ်ထက် ပိုမကြာရပါ၊ 2013 ဧပြီ 14 မတိုင်မီ ကာလ မပါဝင်ရပါ။ **6.** ကျွန်ုပ်တို့မှ သင့်ကိုဆက်သွယ်ရန် အချို့သော နည်းလမ်းများနှင့် နေရာဒေသကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဥပမာ သင့်အား အလုပ်ခွင်အတွင်းသာ သို့မဟုတ် အခြားသောလိပ်စာနှင့် စာတိုက်သေတ္တာအမှတ်ဖြင့်သာ ဆက်သွယ်ရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင်ရေးသားတောင်းဆိုရာတွင် သင့်အား မည်သည့်နေရာတွင် မည်သို့ ဆက်သွယ်စေလိုသည်ကို ဖော်ပြရပါမည်။ ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သော တောင်းဆိုမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံပါမည်။ သင်သည် အဆိုပါလုပ်ပိုင်ခွင့်များအား အသုံးပြုလိုပါက သင့်ကို ဝန်ဆောင်မှုပေးသော ဒေသရှိ Walmart သို့မဟုတ် Sam's Club သို့ဆက်သွယ်ပြီး သက်ဆိုင်ရာစာရွက်စာတမ်းရယူ ဖြည့်စွက်ကာ ရေးသားတောင်းဆိုမှုအား HIPAA Compliance, Wal- Mart Stores, Inc., 702 SW 8th Street, Mailstop #0230, Bentonville, AR. 72716-0230 သို့ ပေးပို့ပါ။ ယခုအသိပေးချက်စာ မိတ္တူကို သင်၏ Walmart, Sam's Club သို့မဟုတ် Neighborhood Market တွင် ရယူနိုင်ပါသည်၊ သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းတွင် www.walmart.com သို့မဟုတ် www.samsclub.com.တွင် ရယူနိုင်ပါသည်။

ယခု ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအမှုအကျင့်များ အသိပေးချက်၏ ပြောင်းလဲမှုများ
ကျွန်ုပ်တို့သည် ယခုအသိပေးချက်အား ပြောင်းလဲခွင့်ရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့တွင်ရှိထားပြီးသော သင်၏ PHI နှင့် အနာဂတ်တွင် ရရှိမည့် အချက်အလက်များနှင့် ပတ်သတ်ပြီး အသိပေးချက်အား ပြောင်းလဲခွင့် သို့မဟုတ် ပြင်ဆင်ခွင့် ကျွန်ုပ်တို့တွင် ရှိပါသည်။ လက်ရှိ အသိပေးချက်မိတ္တူကို ကြေညာထားပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အသိပေးချက်ကို ပြောင်းလဲမှု ပြုလုပ်ပါက မိတ္တူအား ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝဘ်ဆိုဒ်များဖြစ်သော www.walmart.com သို့မဟုတ် www.samsclub.com တွင် တောင်းဆိုခြင်းဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။

ပိုမိုသိရှိရန် သို့မဟုတ် အခက်အခဲပြဿနာ သတင်းပို့ရန်
ယခုအသိပေးချက်နှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးမြန်းလိုပါက HIPAA Compliance, Wal-Mart Stores Inc., 702 SW 8th St, Mailstop #0230, Bentonville, AR ကို ဆက်သွယ်ပါ။ 72716-0230 သို့မဟုတ် (800) WAL-MART ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်လျှို့ဝှက်ပိုင်ခွင့်များကို ချိုးဖောက်ခံရသည်ဟုယူဆပါက အထက်ပါလိပ်စာရှိ Health & Wellness HIPAA စည်းကမ်းလိုက်နာမှုအရာရှိထံဖြစ်စေ၊ အများပြည်သူရပိုင်ခွင့်များရုံးရှိ ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုဝန်ဆောင်မှုများဌာန အတွင်းရေးမှူးထံဖြစ်စေ လက်တုံ့ပြန်မှု မခံရဘဲ စာရေးတိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။

II. လူနာ၏အခွင့်အရေးများ
ဝန်ဆောင်ပေးသူ၏ တာဝန်များ- 1. စောင့်ရှောက်မှု၊ လာရောက်ပြသမှုအကြိမ်အရေအတွက် စသည်တို့နှင့်သက်ဆိုင်သည့် စည်းကမ်းများအပါအဝင် ပေးအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှု/ဝန်ဆောင်မှု အပြင် စောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်အပေါ် အပြောင်းအလဲများအကြောင်း ကြိုတင်သိရှိအောင် ဆောင်ရွက်ထားခြင်း။ 2. ကုသမှုအစီအစဉ် ရေးဆွဲခြင်းနှင့် ရံဖန်ရံခါ ပြုပြင်ရေးဆွဲခြင်းတို့တွင် ပါဝင်ခြင်း။ 3. ကုသမှု သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှုကို ငြင်းပယ်ခြင်း၏ အကျိုးဆက်များကို အပြည့်အဝအသိပေးပြီးနောက် စောင့်ရှောက်ကုသမှုကို ငြင်းပယ်ခြင်း။ 4. ပေးအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှုအပြင် အခြားအဖွဲ့အစည်းများမှ ပေးဆပ်ရန် မျှော်လင့်ထားသည့် စောင့်ရှောက်မှု/ဝန်ဆောင်မှု အတွက် အဖိုးအခများနှင့် အသုံးပြုသူ/လူနာ မှ ပေးအပ်ရမည့် စရိတ်များ အပါအဝင် ကုန်ကျစရိတ်များကို ကုသမှု မပေးမီတွင် စာဖြင့်ရော နှုတ်ဖြင့်ပါ သိထားအောင် ဆောင်ရွက်ခင်း။ 5. မိမိ၏ပိုင်ဆိုင်နှင့် မိမိကို လေးစားမှု၊ ညှာတာမှုတို့ဖြင့် ဆက်ဆံပြီး အသုံးပြုသူ/လူနာ၏ ဂုဏ်သိက္ခာနှင့် အများနှင့်ကွဲပြားမှုကို အသိအမှတ်ပြုခြင်း။ 6. ကောင်းမွန်သော ခွဲခြားစိစစ်မှုဖြင့် လာရောက်လည်ပတ်သူများအား သိရှိနိုင်ခြင်း။ 7. မညှာမတာဆက်ဆံခြင်း၊ လစ်လျူရှုထားခြင်း၊ နှုတ်၊ စိတ်ပိုင်း၊ လိင်ပိုင်း သို့မဟုတ် အကြောင်းခံရှာမရသည့် ဒဏ်ရာများအပါအဝင် ရုပ်ပိုင်း စော်ကားခြင်းနှင့် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ/လူနာ၏ ပစ္စည်းများကို တလွဲအသုံးပြုခြင်းတို့မှ ကင်းလွတ်ခြင်း။ 8. ကုသမှု သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ပတ်သက်၍ဖြစ်စေ၊ ပိုင်ဆိုင်မှုအပေါ် လေးစားမှုမရှိခြင်းနှင့် ပတ်သက်၍ဖြစ်စေ စောဒကတက်/တိုင်ကြားခြင်း၊ ပေါ်လစီပြောင်းရန်၊ ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် ပြုစုမှု/ဝန်ဆောင်မှုပြောင်းရန်တို့ကို အကန့်အသတ်၊ အနှောင့်အယှက်၊ အတင်းအကျပ်စေခိုင်းမှု၊ ခွဲခြားဆက်ဆံမှု သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်မှုမရှိဘဲ အကြံပြုခြင်း။ 9. ပေးအပ်သည့် (ပေးအပ်ရန်ပျက်ကွက်သည့်) ကုသမှု သို့မဟုတ် စုံစမ်းစစ်ဆေးနေသည့် ပိုင်ဆိုင်မှုအပေါ် လေးစားရန်ပျက်ကွက်ခြင်း အပေါ် စောဒကတက်ခြင်း/တိုင်ကြားခြင်း။ 10. ကုသပေးမည့် သမားတော်အပါအဝင် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူကို ရွေးချယ်ခြင်း။ 11. ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ/လူနာ၏ မှတ်တမ်းနှင့် ကာကွယ်ပေးထားသော ကျန်းမာရေး အချက်အလက်တွင် ပါဝင်သော အချက်အလက်များ လျှို့ဝှက်သီးသန့် ထားရှိခြင်း။ 12. ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းများ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုရာတွင် ဤအဖွဲ့အစည်း၏ ပေါ်လစီများနှင့် လုပ်ငန်းစဉ်များအကြောင်း သိရှိထားခြင်း၊ 13. သမားတော် သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ၏ ညွှန်ကြားချက်နှင့်အညီ သင့်လျော်သော စောင့်ရှောက်မှုအား ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမရှိဘဲ ရရှိခင်း။ 14. အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုသို့ ရည်ညွှန်းခံရသည့်အခါ ငွေကြေး အကျိုးအမြတ်များကို သိရှိထားခြင်း။ 15. မိမိ၏တာဝန်များကို အပြည့်အစုံ သိရှိထားခြင်း။ 16. အဖွဲ့အစည်းမှ စီစဉ်ပေးမည့် ဝန်ဆောင်မှုအတိုင်းအတာနှင့် အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများ၏ ကန့်သတ်ချက်များအကြောင်း အချက်အလက်များ ရရှိခြင်း။

လူနာ၏ တာဝန်များ - 1. သင်၏ စောင့်ရှောက်မှု/ဝန်ဆောင်မှုအတွက် ဆီလျော်ပါက သင်၏ လက်ရှိကျန်းမာရေး၊ ဆေးဝါး၊ ဓာတ်မတည့်မှု စသည်တို့နှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်လက်များကို ပြည့်စုံတိကျစွာ ပေးအပ်ရန်။ 2. နေအိမ်တွင် စောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ် ချမှတ်ရေးဆွဲမှု၊ ဆောင်ရွက်မှုနှင့် ပြောင်းလဲမှုများ၊ ဥပမာ သင်၏ ကိရိယာများနှင့် ပစ္စည်းများ သန့်ရှင်းခြင်းနှင့် သိမ်းဆည်းခြင်း စသည်တို့တွင် လိုအပ်သည့်အတိုင်းနှင့် သင်တတ်နိုင်သည့်အခါ ပါဝင်လုပ်ဆောင်ရန်။ 3. ကိရိယာများနှင့် အထောက်အကူပစ္စည်းများကို ကောင်းမွန်စွာ သန့်ရှင်းထိန်းသိမ်းရန်။ 4. သင်၏ ကိရိယာ၊ အထောက်အပံ့ပစ္စည်း သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများနှင့် ပြဿနာများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အား ဆက်သွယ်ရန်၊ 5. သင်ဖျားနာပါက သင်၏ သမားတော် သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှုပေးသူအား အသိပေးရန်။ 6. သင်နေထိုင်ရာလိပ်စာ သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ် ပြောင်းပါက ကျွန်ုပ်တို့အား ကြိုတင်အသိပေးရန်။ 7. ကိရိယာ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး ပြဿနာကြုံရပါက အသိပေးရန်။ 8. သင့်အတွက် ဆေးညွှန်းခြင်းကို သင်၏ သမားတော်၊ စောင့်ရှောက်မှုပေးသူမှ ပြင်ဆင်လိုက်ပါက သို့မဟုတ် ရပ်လိုက်ပါက ကျွန်ုပ်တို့ကို အသိပေးရန်။ 9. ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ လျှို့ဝှက်ချက်ပေါ်လစီအား ငြင်းပယ်ခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ခြင်းအပေါ် ကျွန်ုပ်တို့ကို အသိပေးရန်။

III. ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ၏ပြပန်မှုများ **- ကျွန်ုပ်တို့ကို (800) WAL-MART တွင် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။** သင်၏ တိုင်ကြားချက်ကို ရရှိသည်မှ ငါးရက်အတွင်း ထိုသို့ရရှိကြောင်း သင့်အား တယ်လီဖုန်း၊ အီးမေးလ်၊ ဖက်စ် သို့မဟုတ် စာဖြင့် ပြန်လည်ဆက်သွယ်ပါမည်။ သင့်မေးမြန်းဆက်သွယ်မှုအတွက် ရလဒ်များနှင့် ဖြေရှင်းချက်ကို ပြက္ခဒိန်ရက် 14 ရက်အတွင်း စာဖြင့်ရေးသား အသိပေးပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့အဖွဲ့အစည်းမှ ပေးအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ကုသမှုများတွင် လိမ်ညာမှုနှင့် တလွဲသုံးမှုများနှင့် ပတ်သက်ပြီး (800) WAL-MART သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်ပြီး တိုင်ကြားချက်အတွက် ဖြေရှင်းမှုမရှိပါက (919)785-1214 သို့ (855) 937-2242 ရှိ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် တာဝန်ယူမှုကော်မရှင် (ACHC) သို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ 1-(800) 447-8477 ရှိ စုံစမ်းစစ်ဆေးရေးအရာရှိချုပ်ရုံးသို့လည်း ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

IV. Medicare DMEPOS အထောက်အပံ့ပေးသူ စံနှုန်းများ။ Wal-Mart Stores, Inc. မှ သင့်ကို ပေးအပ်သော ပစ္စည်းများ နှင့်/သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများသည် ဖယ်ဒရယ်ကျင့်ထုံးများ အပိုဒ် 424.57(c) ပါ ပုဒ်မ 42 တွင် ဖော်ပြထားသော အထောက်အပံ့ပေးသူ စံနှုန်းများ အတိုင်း ဖြစ်ရပါသည်။ အဆိုပါစံနှုန်းများသည် လုပ်ငန်းများ၊ လည်ပတ်လုပ်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်နေပါသည် (ဥပမာ၊ အာမခံပေးခြင်းနှင့် လည်ပတ်ချိန်နာရီ)။ အဆိုပါစံနှုန်းများကို အပြည့်အစုံလေ့လာရန် -www.ecfr.gov. တောင်းဆိုမှုရှိပါက သင့်အတွက် စံနှုန်းများရေးသားထားသည့် မိတ္တူကို ပေးအပ်ပါမည်။

V. အာမခံအချက်အလက်။ ကျွန်ုပ်တို့ကုမ္ပဏီမှ ရောင်းချငှားရမ်းသည့် ပစ္စည်းတိုင်းအတွက် ထုတ်လုပ်သူမှအာမခံ တစ်နှစ် ပေးထားပါသည်။ Medicare အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိသူ အားလုံးအား အာမခံအကျုံးဝင်မှုကို အသိပေးမည်ဖြစ်ပြီး၊ သက်ဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ အာမခံပေးခြင်း၊ Medicare မှ အကာအကွယ်ပေးထားသည့် ပစ္စည်းများအား အခမဲ့ ပြုပြင်ခြင်း သို့မဟုတ် အစားထိုးခြင်းတို့ ပြုလုပ်ပေးပါမည်။ ထို့အပြင် အားလုံးသော တာရှည်ခံသည့် ဆေးပစ္စည်း ကိရိယာများအတွက် သုံးစွဲသူလမ်းညွှန်ရှိပါက အဆိုပါလမ်းညွှန်ကို အာမခံအချက်အလက်နှင့်အတူ ပေးအပ်ပါမည်။