



隐私条例公告

生效日期：2016年1月1日

本公告介绍我们使用和披露与您相关的医疗信息的方式，以及您获取这些信息的方式。请仔细阅读。

在本公告中，“我们”是指 Santa Clara Family Health Plan。

依据州法律和联邦法律的规定，Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 有责任保护您的健康信息。同时，我们也要求所有签约提供者和供应商保护您的健康信息。我们必须向您发送本公告，以告诉您我们如何使用和分享您的信息。本公告还描述了您所享有的权利。

您的信息属于个人隐私

在您取得加入我们的健康计划的资格后，我们会从联邦、州和当地机构获得您的信息。我们还会从您的医保服务提供者、诊所、检验室和医院获取您的医疗信息，以便我们能够批准并支付您的医疗保健费用。

什么是“受保护的健康信息”？

受保护的健康信息 (PHI) 是指包含个人身份识别信息的健康信息，这些识别信息有姓名、社会安全号码和其他可透露个人身份的信息。例如，病历就属于 PHI，因为其包括姓名和其他个人身份识别信息。

我们的员工按照相应的政策和程序，来保护我们以口头、书面或电子方式取得的个人健康信息。我们的员工经过相关培训，内容包括对口头、书面和电子形式的会员 PHI 进行内部使用的方式，以及在组织范围内披露的方式。所有可访问会员健康信息的员工都经过隐私和信息安全法的培训。员工仅可访问他们完成工作所需的信息。

我们的员工还遵守内部条例、政策和程序，以保护有关会员健康信息的任何对话。例如，员工不得在电梯或走廊谈论与会员相关的信息。员工还必须在组织范围内保护包含会员健康信息的任何书面或电子文档。

我们的电脑系统通过使用不同级别的密码保护和软件技术，随时保护会员的电子 PHI。我们谨慎保护包含会员信息的传真机、打印机、复印机、电脑屏幕、工作站和移动多媒体硬盘，以防他人窃取。员工必须确保从传真机、打印机和复印机接收会员的 PHI，并且只能由有权限的员工接收此类信息。存储 PHI 的移动多媒体设备需进行加密，并且必须设置密码保护。员工不在办公桌前和离开办公室时，电脑屏幕必须锁定。包含 PHI 的工作站抽屉和柜子设有安全锁。

隐私条例公告的更改

我们必须遵守我们当前使用的公告。我们有权更改这些隐私条例。条例的任何更改将适用于您的所有医疗信息。如果我们根据法律要求对条例进行了更改，我们将通知您。

我们如何使用和分享您的信息

您的信息仅使用于治疗、支付和医疗保健事务。我们使用和分享的部分信息包括：

- 您的姓名，
- 地址，
- 个人情况，
- 您接受的医疗护理，
- 您的医疗护理费用，
- 您的病史。

在执行健康计划时，我们采取的部分行动包括：

- 检查您是否在计划覆盖范围内，
- 批准、提供和支付服务费用，
- 调查或起诉案件（例如欺诈），
- 检查您接受的医疗质量，
- 确保您获得所需的全部医疗服务。

我们同参与您医疗保健的相关方分享您信息的部分原因包括：

- **治疗：**您接受的治疗也许需要提前获得批准。我们将与医保服务提供方、医院和其他方分享信息，以便您能获得需要的治疗。
- **支付：**在支付您的医疗保健费用时，我们需要使用您的 **PHI**。在付款过程中，我们会与医保服务提供方、诊所和向我们出具您的医疗费用帐单的其他方分享您的信息。我们可能会将帐单转发给其他健康计划或组织进行支付。
- **处理医疗保健事务：**我们可能使用您病历中的信息，来检查您所接受的医疗保健的质量。我们还可能在审计、防欺诈和滥用计划，以及规划和综合管理中使用此类信息。
- **开展业务合作：**我们可能会向协助我们运作医保系统的外部公司披露您的 **PHI**。

使用您健康信息的其他情况

下方描述了我们可能（并且被允许）使用和/或披露受保护的健康信息的其他可能情况：

- 我们可能会因法律批准的活动而向卫生监督机构公布您的医疗信息。这些监督活动可能包括审计、调查、审查、执照或纪律处分。这些活动是政府监控医保制度、政府计划和民法法遵从性所必需的。
- 如果我们决定不支付您的医疗费用，您或您的医师、医院和其他医保服务提供方也许不会同意。我们可能会使用您的健康信息来审查这些决定。
- 在我们的健康计划运作过程中，可能会有相关团体来检查我们如何提供服务，因而我们可能会与此类团体分享您的健康信息。
- 我们可能会和参与您医疗保健的相关人员或您的个人代理人分享信息。
- 当联邦政府检查我们是否满足隐私规定时，我们必须与联邦政府分享您的健康信息。
- 我们可能会与获取、储存或移植捐赠器官或组织的机构分享您的健康信息。
- 我们可能会根据您的雇主、劳工赔偿保险公司或其代表的书面请求，分享您健康信息中与劳工赔偿疾病或伤害相关的信息。
- 我们可能会因某些类型的研究而使用和分享您的健康信息。
- 我们可能会因公共健康活动而公布您的信息。这些活动可能包括但不限于以下几项：
 - » 预防或控制疾病、伤害或残疾；
 - » 报告出生和死亡；
 - » 报告虐待儿童或忽视；
 - » 报告药物和其他医疗产品的问题；
 - » 就产品的召回发出通知；
 - » 向可能接触病源或可能感染或传播某种疾病或症状的相关人员发出通知。

何时需要书面许可

如果我们出于上述未列出之目的而需要使用您的信息，我们必须获得您的书面许可。在同意之后，您也可随时以书面形式收回许可。

您享有哪些隐私权？

您有权要求我们不得使用或分享您受保护的医疗保健信息。我们将发送一份表格供您填写，以了解您的意见。我们也可代您填写该表格。我们可能无法同意您的请求。

您有权要求我们仅通过书面形式或以不同地址、邮政信箱或电话联系您。如果为保护您的安全而有必要，我们将接受合理的请求。

您和您的个人代理人有权获得您健康信息的副本。我们将发送一份表格供您填写，以了解您想复制的内容。您可能需要支付复制和邮寄记录的费用。（我们可能出于法律允许的原因而阻止您查看某些部分的记录。）

如果记录中的信息不正确或不完整，您有权要求更改。我们将发送一份表格供您填写，以了解您想更改的内容。如有以下情况，我们可能会拒绝您的请求：

- 信息并非由 SCFHP 创建或保存，或
- 信息并非 SCFHP 所保存之标准信息集的一部分，或
- 信息已因诉讼案件或其他法律诉讼而被收集，或
- 我们认定信息准确并且完整。

无论是否同意进行您希望的更改，我们都将告知您。如果我们不同意进行您希望的更改，我们将发送一封信告知您原因。如果您不同意我们的决定，您可以要求我们重新考虑。您也可以发送声明，解释您为何不同意我们的决定。我们会将您的声明与记录一同保存。

重要事项

Santa Clara Family Health Plan 并未持有您病历的完整副本。
如需查看、获取或更改病例，请联系您的医生或诊所。

在我们分享您的健康信息时，您有权要求获取一份包含以下内容的列表：

- 我们与谁分享信息，
- 我们何时分享信息，
- 分享信息的原因，以及
- 我们分享了哪些信息。

此列表不适用于我们与您分享信息、在您许可下分享信息或为进行治疗、便于支付或为处理健康计划事务而分享信息的情况。

您有权要求获取本隐私条例公告的纸质打印件。

您也可在我们的网站找到此公告，网址：www.scfhp.com。

侵犯隐私权

违反系统安全规定意味着未经授权获取电脑化数据而损害由 SCFHP 维护的会员个人信息的安全性、保密性或完整性。SCFHP 的员工或代表为 SCFHP 之目的而善意获取会员个人信息不属于违反系统安全规定的行为，前提是此类个人信息不得用于或受到进一步的未授权披露。

个人信息是指会员的名字、姓氏首字母和姓氏与以下任意一个或多个数据元素的结合，无论此类姓名或数据元素是否加密：1) 社会安全号码；2) 驾驶证号码或加利福尼亚身份卡号码；3) 信用卡或借记卡号码或帐号，与可获得个人财务帐户访问权限的任何必要的安全号码、访问代码或密码的结合；4) 医疗信息；或 5) 医疗保险信息。个人信息不包括普通公众依法可从联邦、州或当地政府记录获取的公开信息。医疗信息是指与会员的病史、精神或身体情况或健康护理专业人士提供的治疗或做出的诊断相关的信息。健康保险信息

是指会员的健康保险保单号码或用户识别号码、医疗保险公司用于识别会员的任何唯一识别信息，或会员申请和索赔历史记录中的任何信息，包括任何上诉记录。

一旦有未经授权的人士获得 SCFHP 会员的私人健康信息，SCFHP 将尽快向受影响的会员披露此类侵犯隐私权的行为，不得无故拖延，并将配合执法机关的合法要求或采取任何必要的措施，以确定数据泄露的范围并恢复数据系统的合理完整性。

向会员发出的信息泄露通告应以通俗易懂的语言书写，并且（至少）包含有合理理由认为是泄露对象的会员的姓名和联系信息。如果在发出通告时能够确定以下信息，那么通告应包含：信息泄露的日期；或信息泄露的估计日期；或信息泄露发生的日期范围。通告还应包含：通告的日期；是否因执法机关的调查而延迟了通告；信息泄露事件的一般描述；如果会员的社会安全号码、驾驶证号码或加利福尼亚身份卡号码遭到泄露，通告还应包含主要信用报告机构的免费电话和地址。经 SCFHP 自由裁决，通告还可能包含：SCFHP 为保护信息遭到泄露的会员而采取了哪些行动；和/或信息遭到泄露的会员可以采取哪些措施来保护他/她自己。

SCFHP 可以采取以下方法提供信息泄露通告：1) 书面通告；2) 电子通告；或 3) 替代通告。如果 SCFHP 证明提供通告的成本将超过二十五万美元 (\$250,000)，或受影响会员的人数超过 500,000 人，或 SCFHP 没有足够的联系信息，则 SCFHP 可以使用替代通告。替代通告应包含以下所有信息：1) SCFHP 拥有受影响会员的电子邮件地址时，发送电子邮件通告；2) 在 SCFHP 网站上的显著位置发布通告；3) 向全国的主要媒体和加利福尼亚州技术机构的信息安全办公室发送通告。

如果受信息泄露影响的会员超过 500 人，SCFHP 将向首席检察官发送一份单独的信息泄露通告样本（不包含任何个人身份识别信息）。

如您有要求，SCFHP 可向您提供我们保护病历数据机密性的政策和程序。

如何联系我们以行使您的权利？

如果您想行使本公告中注明的任何隐私权，请拨打电话或写信联系我们，联系方式如下：

**Attn: Compliance and Privacy Officer
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158**

**免费电话：1-877-723-4795
传真：1-408-874-1970
语障和听障专线：1-800-735-2929 或 711**

投诉

如您认为您的隐私未受到保护而想要投诉，请拨打电话或写信提出投诉（申诉），联系方式如下：

Attn: Compliance and Privacy Officer
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

免费电话：**1-877-723-4795**
传真：**1-408-874-1970**
语障和听障专线：**1-800-735-2929 或 711**

您也可联系如下机构：

隐私办公室热线/HIPAA 合规办公室 (Office of HIPAA Compliance, OHC)
电话：**1-916-445-4646**
免费电话：**1-866-866-0602**
电子邮件：**privacyofficer@dhcs.ca.gov**

Attn: Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th St, Ste 4-100
San Francisco, CA 94103
客户响应中心：**1-800-368-1019**
传真：**1-202-619-3818**
听障电话：**1-800-537-7697**
电子邮件：**ocrmail@hhs.gov**

请自由行使您的权利

如您提出投诉或使用本公告中规定的任何隐私权，我们不会取消您的医疗保健福利或以任何方式伤害您。

疑问

如您对本公告有任何疑问并且需要进一步的信息，请通过上面提供的地址和电话联系 SCFHP 隐私官。如需获取本公告的其他语种、盲文、大号字体、盒式录音磁带或只读光盘版本，请通过第 5 页提供的地址和电话致电或书面联系 SCFHP 隐私官。