

## 隐私惯例通知

**生效日期：2024 年 1 月 1 日**

本通知说明会如何使用和披露您的医疗信息，以及您如何能得到这些信息。敬请细读。

本通知中使用“我们”和“我们的”等词语描述圣克拉拉家庭健保计划。

加州和联邦法律要求圣克拉拉家庭健保计划（本计划）保护您的健康信息。我们也要求所有签约提供者和供应商保护您的健康信息。我们必须向您发此通知，说明如何使用和分享您的信息，并说明您的权利。

### ***您的信息是个人和隐私信息***

在您申请期间及有资格参保本计划后，我们会从您、联邦、加州和当地机构获取有关您的信息。还会从您的医护人员、诊所、化验室和医院获取医疗信息，以便批准并支付您所接受的医疗保健服务。

### ***什么是“受保护健康信息”？***

您的受保护健康信息（“PHI”）是包含标识符的健康信息，例如，姓名、社会保障号或其他可揭示身份的信息。例如，您的病历是受保护健康信息，因为含有姓名和其他身份识别信息。

我们的员工会遵守相关政策和程序，保护您以口头、书面或电子方式向我们提供的健康信息。我们的员工接受过培训，了解可在整个组织使用或分享会员口头、书面和电子受保护健康信息的内部方式。所有有权访问您健康信息的员工都接受过隐私政策和信息安全法的培训。我们的员工只能访问完成工作所需的最少量信息。

我们的员工还会遵循内部惯例、政策和程序，以保护有关您健康信息的任何对话。例如，员工不得在电梯或走廊谈论您的信息。员工还必须保护整个组织内包含您健康信息的任何书面或电子文档。

我们的电脑系统会用不同级别的密码保护和软件技术始终保护您的电子受保护健康信息。含有您信息的传真机、打印机、复印机、电脑屏幕、工作站和便携式媒体磁盘都会精心保护，防止他人访问。员工必须确保从传真机、打印机和复印机拿走会员受保护健康信息，并仅由有权访问的人员接收。含有受保护健康信息的便携式媒体设备都须加密，且须用密码保护。员工离开办公桌和办公室时，必须锁定电脑屏幕。含有受保护健康信息的工作站抽屉和柜子都装安全锁。

我们还会用与保护受保护健康信息相同的方式保护、访问和使用种族/族裔、语言、性别认同和性取向数据。我们不会使用种族/族裔、语言、性别认同和性取向数据设定费率或拒绝提供服务、承保和福利。

## **隐私惯例通知更改**

我们必须维护现用通知。我们有权更改这些隐私惯例，任何更改都将适用于您的所有医疗信息。如果确实根据法律要求做了更改，即会告知。

## **信息使用和分享方式**

我们可能仅出于治疗、付款和医疗保健运营的目的使用或分享您的信息。一些使用和分享的信息包括：

- 姓名
- 地址
- 个人事实
- 所提供医护
- 医疗费用
- 病史

我们作为您健保计划采取的一些行动包括：

- 检查您是否有承保
- 批准、提供服务并支付服务费用
- 调查或起诉个案（如欺诈）
- 检查您接受的医护质量
- 确保您得到所有需要的医护

与参与您医护的其他人分享您的信息有各种原因，一些示例如下：

- **用于治疗：**或需预先批准的医治。我们会与医护人员、医院和其他机构分享信息，以便为您提供所需医护。
- **用于付款：**我们会用您的受保护健康信息支付为您的医护收到的医疗保健索赔。这样做时，我们会与医护人员、诊所和向我们收取医护费用的他方分享信息。我们可能会将账单转发给其他健保计划或组织进行付款。
- **用于医疗保健运营：**我们可能会用您的健康记录所含信息检查您接受的医疗保健质量。我们还可能在审计、制止欺诈和滥用、规划和一般管理方面使用这些信息。
- **用于业务伙伴：**我们可能会使用或向协助运营我们医疗系统的外部公司披露您的受保护健康信息。

## **您健康信息的其他用途**

以下是我们可能（且获许）使用和/或披露您受保护健康信息的可能方式描述：

- 我们可能会向卫生监督机构公开医疗信息，以开展法律授权的活动。这些监督活动可能包括审计、调查、检查、许可或纪律处分，对于政府监督医疗保健系统、政府计划及民权法遵守情况有必要。
- 如果我们决定不付您的医护费用，您或您的医师、医院和其他医护人员可以不同意。我们可能会用您的健康信息审查这些决定。
- 我们可能会与检查我们健保计划如何提供服务的团体分享您的健康信息。
- 我们可能会与参与您医疗保健的人员或您的个人代表分享信息。
- 联邦政府会检查我们是否遵守了隐私规则时，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、储存或移植器官或组织捐赠的组织分享您的健康信息。
- 根据您的雇主、工伤保险公司或其代表的书面请求，我们可能会分享您的工伤保险疾病或受伤相关健康信息。
- 我们可能会使用和分享您的健康信息进行某些研究。
- 在我们努力实现健康公平性的工作中，我们可能会使用和分享您的信息评估健康差异并改善以患者为中心的医护。您的首选口语和书面语言会与提供者团体分享。
- 我们可能会出于公共卫生活活动目的提供您的信息，可能包括但不限于以下各项：
  - » 防控疾病、伤害或残疾
  - » 报告出生和死亡
  - » 举报虐待或忽视儿童
  - » 报告药物和其他医疗产品问题
  - » 通知现用产品召回，以及
  - » 通知可能接触过某种疾病或可能有感染或传播疾病或病症风险的人。

## **何时需要书面许可**

如想将您的信息用于任何上面未列目的，我们必须获得您的书面许可。如果给予了许可，您可以随时书面撤销。

## **您的隐私权**

您有权要求我们不要使用或分享您受保护的医疗保健信息。如果这会影响您的医疗保健需求，我们不需要同意，也可能不会同意。

您有权要求我们仅以书面形式或通过其他地址、邮政信箱或电话与您联系。如能轻松按照您指定的方式提供信息，我们会接受合理的请求。

您和您的个人代表有权获取您的健康信息副本。您会收到一份表格，请填写并说明想要复制的内容。您可能需要支付复制和邮寄记录的费用。出于法律允许的原因，我们可能会阻止您查看记录的某些部分。

如果您的记录中有不正确或不完整的信息，您有权要求更改。我们会寄一份表格供您填写，说明想更改的内容，但是，如有以下情况，申请可能遭拒：

- 信息并非由本计划创建或保存，或者
- 信息不属于本计划保存的标准信息集，或者
- 信息是为法庭案件或其他法律诉讼而收集，或者
- 我们相信信息正确和完整。

如果我们同意进行您想要的更改，即会告知。如果不同意进行您想要的更改，我们会给您寄信说明原因。如不同意，您可以要求重审决定。您还可以寄一份声明，说明为何不同意我们的记录。我们会将您的声明与您的记录一起保存。

**重要：圣克拉拉家庭健保计划没有您医疗记录的完整副本。欲查看、复印或更改医疗记录，请联系医师或诊所。**

我们分享您的健康信息时，您有权要求提供以下清单：

- 与何人分享了信息
- 分享的时间
- 分享的原因
- 分享的信息

此清单不包括获得您许可时与您分享信息的情况，或用于治疗、付款或健保计划运营的情况。

您有权索要本隐私惯例通知的印刷版纸质副本。

网站上也有：[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

### **侵犯隐私**

系统安全泄露意味着未经授权获取电脑化数据，从而损害了本计划所维护会员个人信息的安全性、机密性或完整性。本计划员工或代理人出于本计划的目的善意获取会员个人信息不属于系统安全泄露，前提是该个人信息没有被使用或进一步未经授权披露。

个人信息是指，姓名或数据元素未加密时，会员的名字或名字首字母和姓氏与以下任何一个或多个数据元素的组合：1) 社会保障号，2) 驾照号码或加州身份证号码，3) 信用卡或借记卡卡号或帐号，以及允许访问个人金融账户的任何所需安全代码、访问代码或密码，4) 医疗信息，或 5) 医疗保险信息。个人信息不包括联邦、州或地方政府记录中合法向公众提供的公开信息。医疗信息是指有关会员病史、精神或身体状况或医护人员诊治的任何

信息。医疗保险信息是指会员的医疗保险保单号码或订户识别号码、医疗保险公司用于识别会员身份的任何唯一标识符，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）。

如果未经授权的人获取了本计划会员的私人健康信息，本计划会尽快向受影响的会员说明泄露情况，不会无理拖延，并符合执法的合法需要，或确定泄露范围并采取恢复数据系统合理完整性所需的任何措施。

向会员发出的安全泄露通知应以通俗易懂的语言书写，并（至少）包括被合理认为是泄露对象的会员姓名和联系信息。如在提供通知时可确定以下任何信息，则通知应包括：泄露日期或预计泄露日期或泄露发生日期范围。通知还应包括：通知日期，通知是否因执法调查而延迟，泄露事件一般描述，以及主要信用报告机构的免费电话号码和地址（如果泄露事件暴露了社会保障号、驾照号码或加州身份证号码）。根据本计划判断，通知还可能包括：有关本计划为保护信息泄露会员所采取措施的信息和/或关于信息泄露会员可以采取的自保步骤建议。

安全泄露通知可用以下方法之一提供：1）书面通知，2）电子通知，或 3）替代通知。如果本计划证明通知费用将超过二十五万美元（250,000 美元），或者需要通知的受影响会员人数超过 500,000 人，或者本计划没有足够的联系信息，即可使用替代通知。替代通知应含以下所有内容：1) 在本计划拥有受影响会员的电子邮件地址时发送电子邮件通知，2) 在本计划网站显着位置张贴通知，3) 向全州主要媒体和加州技术局信息安全处发出通知。

如果受泄露影响的会员超过 500 人，本计划会向加州检察长发送一份安全泄露通知样本（不含任何个人身份信息）。

本计划医疗记录保密政策和程序现已可得，并可根据要求提供给您。

### ***您如何联系我们使用自己的权利？***

如想行使本通知中解说的任何隐私权，请致电或致函：

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

免费电话：**1-800-260-2055**

传真：**1-408-874-1970**

听障专线：**711**

## **投诉**

如您认为我们没有保护您的隐私并想投诉，可致电或致函提出投诉（或申诉）：

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

免费电话：**1-800-260-2055**  
传真：**1-408-874-1970**  
听障专线：**711**

也可联系以下机构：

隐私办公室热线/《健康保险携带与责任法案》(HIPAA) 合规办公室 (OHC)  
电话：**1-916-445-4646**  
免费电话：**1-866-866-0602**  
电邮：**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**  
听障专线：**1-800-537-7697**  
电邮：**ocrmail@hhs.gov**

## **无惧行使自己的权利**

如果您提出投诉或行使任何本通知所含隐私权，我们不能剥夺您的医疗保健福利或以任何方式伤害您。

## **疑问**

如对本通知有任何疑问并需要更多信息，请用上述地址和电话号码联系本计划隐私官。欲得本通知其他语言、盲文、大字体、录音带或 CD-ROM 版本，请致电或致函本计划隐私官，电话号码或地址列于第 5 页。