

**本通知書說明我們會如何使用及披露您的醫療資訊，  
亦說明您可以如何取得這些資訊。請詳細閱讀。**

### 我為什麼收到這份通知書？

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 瞭解您的健康資訊屬於個人隱私。我們致力保護這類資訊。本通知書內含聖馬刁健康計劃的隱私政策實施概要，以及您在健康資訊方面的權利。本通知書只涵蓋聖馬刁健康計劃的隱私政策實施辦法。關於如何使用和披露診所內建立有關您的健康資訊，每位醫生可能有不同的政策或公告事項。

### 我們依法必須：

- 確保您的健康資訊得到保密
- 為您提供這份通知書，讓您瞭解我們對您的健康資訊有何法律責任和隱私政策實施辦法
- 遵守本通知書的現行有效條款

### 我們可能如何使用和分享您的健康資訊

只有為了與您參加特定計劃有關的治療、付款和健康護理等作業時，聖馬刁健康計劃才會使用或分享您的資訊。我們會使用和分享的資訊包括但不限於：

- 您的姓名
- 地址
- 個人情況
- 您所獲得的醫療護理服務
- 您的醫療護理服務費用
- 您的醫療記錄

### 我們可能使用和分享您健康資訊的一些情形

- **治療：**您可能需要預先批准的醫療服務。為了讓您獲得所需護理，我們會與您的醫生、醫院和其他服務提供者分享您的醫療資訊。
- **付款：**我們使用您的健康資訊向曾經為您提供醫療護理的醫生、醫院和其他服務提供者付款。我們還可能為付款事宜將帳單轉交給其他健康計劃或機構。
- **執行健康護理作業：**我們可能使用您的健康資訊來檢查您所獲得的護理品質。我們還可能將這類資訊用於稽核、詐欺和虐待防止計劃、財務和組織規劃，以及一般行政用途。
- **向業務夥伴披露：**我們可能向協助執行本健康計劃的外部公司分享您的健康資訊。

### 其他使用您健康資訊的情形

- **健康福利或服務：**我們可能使用和分享您的健康資訊，以便透過聖馬刁健康計劃的健康教育計劃告知您可能有興趣知道的福利或服務。

- **付款決定：**關於我們對您的健康護理所做的付款決定，您或您的醫生、醫院及其他醫療護理提供者可提出上訴。我們可能使用您的健康資訊來做上訴決定。
- **監督活動：**我們可能與醫療保健監督機構分享您的健康資訊，以利他們進行法律授權的活動。這類監督活動可能包括稽核、調查、檢查、發照或懲戒行動。政府有必要進行這些活動，以便監督聖馬刁健康計劃是否遵守各項法規。
- **向參與您護理的人披露：**我們可能與參與您健康護理的人或您的代理人分享您的資訊。
- **工傷保險賠償計劃：**我們可能向工傷保險賠償計劃或類似計劃分享您的健康資訊。這類計劃旨在為工作相關傷害或疾病提供保險福利。
- **驗屍官、法醫和殯儀館主管：**我們可能向驗屍官、法醫和殯儀館主管分享已故會員的健康資訊，以便他們執行份內職務。
- **器官和組織捐贈：**我們可能向取得、保存或移植器官或組織的機構分享您的健康資訊。
- **公共衛生活動：**我們可能為了公共衛生活動而分享您的健康資訊。這些活動包括但不限於以下情形：
  - 預防或控制疾病、受傷或殘障
  - 通報出生和死亡
  - 通報兒童虐待或疏忽案件
  - 通報與藥物和其他醫療產品相關的問題
  - 對可能正在使用某些產品的人，通知有關產品回收事宜
  - 通知可能已接觸某種疾病，或有感染或傳播疾病風險的人
- **執法或法律程序：**我們可能會依法為以下情形分享健康資訊：執法官員要求以回應法院命令或搜索票；以及，獲授權的聯邦官員要求以進行法律授權的國家安全活動。我們亦可能為回應傳票或其他法律程序，而分享您的健康資訊。但是，我們必須設法通知您有關這項要求，或取得保護該資訊的命令，才可分享您的健康資訊。
- **死亡滿 50 年：**若會員死亡滿 50 年，我們可向任何行政機關分享已故會員的健康資訊。

## 需要書面許可的情況

若我們為了其他任何目的 (非以上所列) 使用您的健康資訊，我們必須取得您的書面許可。若您提供許可給我們，您可隨時以書面方式撤銷許可。

## 您的隱私權

對我們為您保存的健康資訊，您有以下權利：

- **要求設限的權利。**對於我們如何使用或分享您的健康資訊，您有權要求設限。提出要求時，您必須清楚告訴我們：
  1. 您想對哪些資訊設限；
  2. 您想對使用或分享資訊設限，或兩者都設限；以及
  3. 設限適用的對象。

若要求設限，您必須提出書面要求。關於如何提出要求，請參閱第 4 頁的相關說明。

**註：我們不一定需要同意您的要求。**如果我們同意，我們會遵照您的要求行事，除非我們是為了提供急診治療才需要這些資訊。

- **要求以保密方式溝通的權利：**您有權要求我們私下與您聯絡，並且以特別方式處理。例如：您可要求我們使用另外一個地址、僅透過電話，或僅在您工作時間內與您聯絡。

我們不會詢問您提出要求的原因。我們會盡全力滿足您提出的合理要求。您提出要求時必須指明您希望的聯絡方式或地點。若您要求以特別方式聯絡您，您必須提出書面要求。關於如何提出要求，請參閱第 4 頁的相關說明。

- **取得您健康資訊的權利：**您有權取得聖馬刁健康計劃存檔記錄中的部份健康資訊副本。一般而言，這些記錄包括健康和帳單記錄。如需取得醫療記錄副本，您必須與您的醫生聯絡。您可能需要支付影印和郵寄記錄的費用。如需取得我們存檔的健康資訊副本，您必須提出書面要求。關於如何提出要求，請參閱第 4 頁的相關說明。

我們可能在某些情況下拒絕您取得副本的要求。如果您取得健康資訊的要求被拒絕，我們會以書面告知原因。如果遭到拒絕，您可以要求我們審查這項決定。審查者與拒絕您原先要求者不是同一人。我們會遵從審查結果。

- **索取「健康資訊披露記錄」的權利：**您有權索取我們向他人分享您健康資訊的記錄列表。我們稱這份列表為「健康資訊披露記錄」(accounting of disclosures)。我們將列入所有披露記錄，但治療、付款和健康護理作業的記錄除外。我們亦無法列入一些特定的披露記錄，例如向執法單位披露的記錄，或者應您本人要求為您提供有關您個人的健康資訊。從您提出要求的日期算起，我們僅能提供過去 6 年內的披露記錄。
- **索取本隱私通知書副本的權利：**您可隨時索取本通知書的書面副本。您亦可上我們的網站取得本通知書，網址：[www.hpsm.org](http://www.hpsm.org)。
- **修正您健康資訊的權利：**若您認為我們擁有關於您的健康資訊不正確或不完整，您可要求我們修正該資訊。您只有權要求修正我們保有的記錄。例如，我們無法修正或變更您的醫生所保有的記錄。
  - 若有下列情形，我們不必修正健康資訊：
  - 該資訊不是由聖馬刁健康計劃建立的；
  - 該資訊不屬於我們保有的記錄；
  - 該資訊不屬於您獲准取得副本的資訊；或
  - 該資訊正確且完整。

若聖馬刁健康計劃拒絕您修正健康資訊的要求，我們會以書面方式通知您。您還會收到我們為何拒絕要求的書面說明。如果我們不按照您的要求修改，您可要求我們審查此決定。您亦可提供一份聲明，說明您為何不同意我們的記錄。我們會將這份聲明保留在您的記錄中。關於如何提出修正要求，請參閱第 4 頁的相關說明。

- **收到侵權通知書的權利：**若有人以侵害隱私權法的方式取得、使用或透露受法律保障的健康資訊，即構成侵權行為。若發現您的資訊隱私權受到侵害，聖馬刁健康計劃依規定必須在 60 天內通知您發生了侵權事件，也可能必須通知美國衛生及公共服務部部長室 (The Secretary of the U.S. Department of Health & Human Services)，有時還必須通知媒體。

您收到的侵權通知書將包含：侵權狀況說明、侵權涉及的資訊類型，以及您預防自己可能受到傷害所應採取的行動。該通知書亦會說明聖馬刁健康計劃正採取哪些行動，以調查情況並使您的傷害降至最低，以及防止侵權再度發生。

## 本通知內容的變更

我們有權變更本通知書的內容。我們有權讓修訂版通知書的效力適用於您的所有健康資訊，包括我們原已保存和未來將取得的資訊。您可在本通知書第一頁最上方找到生效日期。此外，每當本通知書內容變更時，我們會在 60 天內以郵寄方式通知您。我們也會在網站 [www.hpsm.org](http://www.hpsm.org) 公佈最新版本通知。

## 聯絡我們：

如果您認為自己的隱私權受到侵犯，可向聖馬刁健康計劃提出申訴。您亦可向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 提出投訴。

如果您有加州低收入醫療保險 (白卡) 或 CareAdvantage 加州醫療連線計劃 (Cal MediConnect) 保險，您也可聯絡加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services) 並提出投訴。

Health Plan of San Mateo  
Attn: Grievance & Appeals Unit  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080  
**1-888-576-7227** 或  
**650-616-2850**

Secretary of the U.S.  
Department of Health  
and Human Services  
Office for Civil Rights  
Attn: Regional Manager  
90 7th St., Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
**1-800-368-1019** 或  
**1-800-537-7697** (TDD)

Privacy Officer  
c/o Office of Legal Services  
California Department of  
Health Care Services  
1501 Capitol Avenue  
P.O. Box 997413, MS0010  
Sacramento, CA 95899-7413  
**1-916-455-46466** 或  
**1-866-866-0602**

您不會因提出申訴而被懲罰。

若對本通知書所述的個人權利有任何要求，請將書面要求寄至：

Health Plan of San Mateo  
Attn: Privacy Officer  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

若您要求取得您的健康資訊副本，我們可能會收取影印費、郵寄費或其他與您要求相關的用品費用。我們會通知您相關的費用金額，您可在處理之前決定是否要取消或更改您的要求。

如果您對本通知書有任何疑問，請聯絡會員服務部。該部門的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00；電話：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。如果您有 CareAdvantage CMC，請與 CareAdvantage 部門聯絡。該部門的服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00；電話：**1-866-880-0606** 或 **650-616-2174**。

若會員有聽力或語言障礙，可使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 (CRS)，電話是 **1-800-735-2929** (TTY)，或可撥 **7-1-1**。