

CENTERLIGHT HEALTH SYSTEM

1996 年健康保險可攜性和責任法案¹ (HIPAA) 附屬實體聯合隱私通知

本聯合通知闡述了如何使用和披露您的醫療資訊以及您如何獲取這些資訊。請認真閱讀。

簡介

本聯合通知代表 **CenterLight Health System** 的附屬實體提供給您，它適用於 CenterLight Health System 及其員工、志願者、醫務人員和顧問 (本文統稱為 "我們" 或 "我們的") 接收或建立的與您的護理相關的所有資訊和記錄。我們瞭解您的醫療資訊屬於私人資訊且應當保密。此外，法律要求我們維護您受保護健康資訊的隱私性。

根據法律要求，我們必須向您提供本通知，說明您在受保護健康資訊方面的權利以及我們的法律義務和隱私慣例，並且我們應當遵守本通知中當前有效的條款。

出於治療、付款和醫療保健營運目的之使用和披露

"受保護健康資訊" 是指我們以任何形式傳輸或保存的可識別個人身份的健康資訊，包括電子或紙質檔案。它不包括某些教育和就業記錄中的資訊。

我們將出於治療、付款和醫療保健營運之目的使用或披露您的受保護健康資訊。

1. 出於治療目的: 我們將使用或披露您的受保護健康資訊，以提供、協調或管理您的治療和護理。我們可能會將您的受保護健康資訊披露給 CenterLight Health System 和可能參與您護理的非 CenterLight Health System 人員，例如醫生、護士、護士助理、治療師和顧問。例如，照護您的護士會向醫生報告您的任何病情變化。我們還可能向在從 CenterLight Health System 機構出院後參與您護理的個人披露受保護健康資訊。
2. 出於付款目的: 我們將披露受保護健康資訊，以便我們可以針對為您提供的治療和服務收取費用。例如，我們可能需要在服務之前向您的健康計劃提供有關您的醫療狀況的資訊以確定服務是否獲得承保，以及在有必要的情況下，在服務之後提供相關資訊以獲得付款。
3. 出於醫療保健營運目的: CenterLight Health System 旗下的實體將使用和披露受保護健康資訊以支持其營運，包括品質保證、病例管理、管理和行政活動等。例如，我們可能會使用您的受保護健康資訊來評估 CenterLight Health System 的服務，包括我們員工的表現。

出於其他特定目的之使用和披露

除了使用和披露您的資訊以用於治療、付款和醫療保健營運外，我們還可能在以下方面使用您的受保護健康資訊：

1. 預約提醒。我們可能會聯絡您以提供治療或醫療護理的預約提醒。
2. 治療替代方案和健康相關福利。我們可能會與您聯絡，告知或推薦您可能感興趣的潛在治療替代方案或其他健康相關福利及服務。

¹ CenterLight Health System 是指 CenterLight Health System 共同擁有的所有實體。本通知的最後一頁提供了截至 2022 年 7 月 1 日的這些實體的清單。我們的網站上提供最新清單：www.CenterLightHealthcare.org。

會員 ID: _____

3. 參與您的護理或支付您的護理費用的個人. 我們可能會向您的家人朋友或您指定的參與您護理的任何其他個人披露您的相關資訊, 例如您的位置, 您的一般狀況或您的死亡. 如果我們從專業角度判斷, 認為這樣做符合您的最佳利益, 我們還可能在必要時披露您的受保護健康資訊, 以允許上述人員領取您配好的處方, 用品和其他物品. 在可能的情況下, 我們將為您提供反對這些披露的機會.
4. 機構目錄. 除非您反對, 否則如果您是 CenterLight Health System 機構的患者或住院者, 我們將在機構目錄中包含您的資訊. 這些資訊通常包括您的姓名, 位置和一般狀況, 以及您的宗教信仰. 我們可能會向點名詢問您的人披露您在目錄中的資訊 (您的宗教信仰除外). 我們可能會將您的目錄資訊 (包括您的宗教資訊) 披露給神職人員.
5. 救災. 我們可能會向協助救災工作的組織披露您的受保護健康狀況.
6. 籌款. 在籌款活動中, 我們可能會與您聯絡. 您有權選擇不接收任何籌款通訊.
7. 行銷. 除非獲得您的書面授權, 否則我們不能出於行銷目的使用或披露您的受保護健康資訊.
8. 研究. 我們可能會根據適用法律的要求, 出於研究目的使用或披露您的受保護健康資訊. 所有研究專案均需經過特殊審批流程, 以在研究需求與患者隱私需求之間取得平衡.
9. 遺傳資訊. 我們不會出於核保目的使用或披露您包含遺傳資訊在內的受保護健康資訊. 遺傳資訊包括您或您的家庭成員的基因測試以及您家庭成員的疾病或病症表現. 核保用途不包括對 CenterLight Health Plan 福利的醫療適當性的裁決.
10. 精神健康資訊. 未經您明確的書面授權, 我們不會使用或披露與您的精神健康記錄相關的任何心理治療筆記或其他受保護健康資訊.
11. 軍人和退伍軍人. 如果您是武裝部隊成員, 我們可能會根據軍事當局的要求披露有關您的受保護健康資訊. 我們還可能向相關的外國軍事機構披露有關外國軍事人員的受保護健康資訊.
12. 工傷賠償. 我們可能會向提供工傷或疾病相關福利的計劃披露您的受保護健康資訊.
13. 公共衛生活動. 在法律要求或授權的情況下, 我們可能會為公共衛生活動披露有關您的受保護健康資訊, 包括: 預防或控制疾病, 傷害或殘障; 報告出生和死亡情況; 舉報虐待或忽視兒童; 向受食品和藥物管理局 (FDA) 管轄的人員披露與 FDA 監管的產品或服務的品質, 安全性或有效性相關的活動, 以及報告藥物反應或產品問題; 通知可能接觸過某種疾病或可能有感染或傳播疾病或病症風險的人; 如果我們認為患者是虐待, 忽視或家庭暴力的受害者, 則通知相關政府機構.
14. 衛生監督活動. 我們可能會向監督我們活動的聯邦或州機構披露受保護健康資訊. 這些活動對於政府監控醫療保健系統, 政府福利計劃以及對法律, 法規和計劃標準的遵守情況是必要的.
15. 司法和行政程序. 我們可能會根據法院或行政命令披露有關您的受保護健康資訊. 我們還可能根據傳票, 取證請求或其他合法程序披露有關您的受保護健康資訊. 我們將努力告知您該請求或獲取保護資訊的命令.

會員 ID: _____

16. 執法.如果執法官員要求,我們可能會披露受保護健康資訊: 遵從法院命令,傳票,搜查令,傳訊或類似程序的要求; 查明或者尋找犯罪嫌疑人,在逃人員,重要證人,失蹤人員; 關於某些有限情況下的犯罪受害者; 關於我們認為可能是犯罪行為造成的死亡; 關於在我們場所或我們計劃中的犯罪行為; 以及在緊急情況下報告有關犯罪的資訊.
17. 驗屍官,法醫,喪葬承辦人和器官採購組織.我們可能會向驗屍官,法醫,喪葬承辦人披露受保護健康資訊,或者,如果您是器官捐贈者,我們可能會向參與器官和組織捐贈的組織披露受保護健康資訊.
18. 國家安全和情報活動; 為總統和其他人提供保護服務.我們可能會向獲得授權的聯邦官員披露有關您的受保護健康資訊,以用於情報、反情報或其他國家安全活動,或為總統,特定人士或外國國家元首提供保護,或進行某些特殊調查.
19. 對健康或安全的嚴重威脅.根據適用的法律和道德行為標準,如果我們真誠地認為有必要防止或減輕嚴重和迫在眉睫的威脅,以防對您的健康或安全,或對他人或公眾的健康或安全造成影響,我們可能會使用和披露您的受保護健康資訊.我們只會向能夠阻止威脅的人披露您的資訊,或者向執法機構披露您的資訊以幫助查明或逮捕個人.

註:某些受保護健康資訊,例如 HIV 相關資訊,遺傳資訊,酗酒和/或藥物濫用記錄以及精神健康記錄可能受到州和聯邦法律的額外保護. CenterLight Health System 將遵守任何此類適用的保護措施.

需要您的授權

方可將您的受保護健康資訊用於其他用途

除本通知中所述或應法律要求外,只有在您書面授權的情況下,我們才會使用或披露您的受保護健康資訊.您可以隨時撤銷該授權,前提是撤銷是以書面形式進行,若我們已根據您的授權採取了行動,或者該授權是獲得保險承保的條件並且保險公司擁有對索賠提出異議的合法權利的情況則除外.

除非獲得您的書面授權,否則我們不得披露您的受保護健康資訊以換取金錢或其他報酬.

您對受保護健康資訊的權利

對於您的受保護健康資訊,您擁有以下權利:

1. 請求限制的權利.您可以請求就我們使用和披露受保護健康資訊以開展治療,付款和醫療保健營運施加限制.但是,我們並非必須要同意您的請求(以下另有說明的情況除外).您必須以書面形式提出請求.
如果(1)我們披露受保護健康資訊的原因是為了獲得付款或出於營運目的(而非治療目的),並且(2)受保護健康資訊僅與您已全額自付費用的醫療保健服務相關,則我們必須遵守您的請求而不披露受保護的健康資訊.
2. 請求保密通信的權利.您可以請求進行保密通信,以其他方式或在其他地點接收受保護健康資訊.例如,您可以要求我們僅透過特定電話號碼與您聯絡.我們將盡力滿足您的合理要求.您必須以書面形式提出請求.

會員 ID: _____

3. 獲取權. 您有權要求檢查和複製您的醫療和賬單記錄以及我們用來做出有關您的護理決定的任何其他書面資訊. 在某些有限的情況下, 我們可能會拒絕您檢查或收取您的記錄副本的請求. 如果我們拒絕您的請求, 在某些情況下您可能有權請求對拒絕進行審核. 您必須以書面形式提交您的請求.

如果您請求獲取受保護健康資訊的副本, 我們可能會向您收取合理的複製和郵寄記錄的費用. 如果我們為您保存了電子健康記錄, 那麼您的權利包括以電子格式直接存取提供給您或提供給您明確特別指定的個人的資訊, 具體視您的選擇而定. 對於以電子格式向您提供的資訊, CenterLight Health System 將收取的費用不會高於為回應您的請求而付出的人工成本.

4. 請求修改的權利. 只要 CenterLight Health System 保存著您的受保護健康資訊, 您就有權要求修改該資訊. 您的請求必須以書面形式提出. 如果受保護健康資訊符合以下條件, 我們可能會拒絕您的修改請求: 不是由我們創建的; 該資訊的創建者無法再根據您的請求採取行動; 不是您的醫療或賬單記錄的一部分, CenterLight Health System 也不會使用它來做出有關您的決定; 不屬於 CenterLight Health System 保存的資訊的一部分; 或 CenterLight Health System 確定資訊是準確完整的.

5. 披露明細的權利. 您有權要求查閱受保護健康資訊的披露 "明細". 這是我們向其他個人或實體披露您的受保護健康資訊的清單. "明細" 不包括為進行治療, 付款和醫療保健營運而進行的披露, 以及為某些其他例外目的而進行的披露.

若要請求對您受保護健康資訊的披露明細進行查閱, 您必須以書面形式提交請求. 您的請求必須說明明細的具體時間段 (例如, 過去三個月), 有效期限從 2003 年 4 月 14 日之後開始, 且在您請求之日起的六 (6) 年內. 您在十二 (12) 個月內請求的第一次明細將是免費的. 對於額外請求的明細, 我們可能會向您收取提供清單的費用.

6. 有權獲得本通知的副本. 即使您同意以電子方式接收本通知, 您也有權獲取本通知的副本. 您可以向您的護理協調員索取一份副本, 或瀏覽我們的網站: www.CenterLight.org 或 www.CenterLightHealthcare.org, 具體內容在 "關於我們" 索引標籤下.

7. 違規通知權. 根據聯邦法律的定義, 違規是指未經授權獲取, 存取, 使用或披露不安全的受保護健康資訊, 從而損害受保護健康資訊的安全或隱私. 如果受保護健康資訊可以被未經授權的人使用, 讀取或破譯, 則該資訊是 "不安全的".

此 "違規通知" 規則存在三種例外情況, 其中:

- 我們的員工出於誠信無意中獲取、存取、使用或披露經 CenterLight Health System 或其業務夥伴授權的資訊;
- CenterLight Health System 或其業務夥伴的授權人員無意中向同一機構內處於類似位置的其他個人披露了該資訊; 或者
- 獲得該披露資訊的未經授權人士無法合理地保留該資訊.

如果因披露而收到的資訊未經任何人授權而被進一步獲取, 存取, 使用或披露, 則例外情況不適用. 如果我們認為您的受保護健康資訊

會員 ID: _____

因違規行為而被存取, 獲取或披露, 我們將通知您. 您有權立即收到通知, 並且在任何情況下不得晚於發現違規行為後 60 個日曆日. 該通知將包括以下簡要說明:

- 發生了什麼;
- 所涉及的資訊類型 (例如姓名、社會安全號碼、出生日期、家庭住址、賬號、診斷、殘障代碼或其他資訊);
- 您應該採取什麼措施來保護自己免受潛在的傷害;
- 我們正在採取哪些措施來調查違規行為, 減輕對您的傷害並防止任何進一步的違規行為; 以及供您提問或瞭解更多資訊的聯絡資料.

本通知的變更

本通知自 2003 年 4 月 14 日起施行. 每當本通知中所述的使用或披露, 您的個人權利, 我們的法律義務或其他隱私慣例發生重大變化時, 我們將修訂本通知. 我們保留不時變更本通知條款的權利, 並使修訂後的通知對 CenterLight Health System 已收到和保存的所有受保護健康資訊以及我們將來收到的資訊有效.

投訴

如果您認為您的隱私權受到侵犯, 您可以在星期一至星期五上午 8 點至晚上 8 點, 致電 1-833-252-2737 (聽障專線 711) 或使用我們的匿名熱線 1-855-231-0616 提出投訴. 您還可以向美國衛生與公眾服務部部長提出投訴.

聯絡人

如果您有任何疑問或想瞭解有關本通知的更多資訊, 請致電 1-833-252-2737 (聽障專線 711).

CENTERLIGHT HEALTH SYSTEM 附屬實體

CenterLight Health System 包括以下附屬非營利公司, 所有這些公司均須遵守本通知: Best Choice Home Health Care, Inc., CenterLight Healthcare*, CenterLight Healthcare 診斷和治療中心以及 CL Healthcare.

*CenterLight Healthcare 可能會單獨將隱私通知與其健康計劃文件一起分發. CenterLight Healthcare 將須遵守本通知以及向其健康計劃會員分發的任何其他通知.

確認

本人確認我已獲得一份 CenterLight Health System 的隱私權通知. 會員簽名: _____ 日期: _____

如適用:

法定代表正楷姓名: _____

與會員的關係: _____

法定代表簽名: _____ 日期: _____

收到簽名表格的日期: _____

會員 ID: _____