
‘Ohana Health Plan

隱私權保護方法通知

本聲明將為您說明本計劃可能會如何使用和透露您的醫療資訊，並說明您可如何獲取這些資訊。

請仔細檢閱。

自 **2024 年 5 月 2 日** 起生效

Quest (Medicaid) Plan:

For help to translate or understand this, please call **1-888-846-4262** Hearing impaired TTY: **711**, Monday through Friday from 7:45 a.m. to 4:30 p.m. Hawai'i Standard Time (HST).

如需翻譯或了解此資訊，請致電 **1-888-846-4262** 聽障人士 TTY：**711**，週一至週五上午 7:45 至下午 4:30 (Hawai'i 標準時間 (HST))

Para iti tulong tapno maipatarus wenno maawatan daytoy, pangngaasiyo ta tawaganyo ti **1-888-846-4262** Nadadael ti panagdengngegna TTY: **711**, Lunes agingga Biernes manipud 7:45 a.m. to 4:30 p.m. Hawai'i Standard Time (HST).

이를 번역하거나 이해하는 데 도움이 필요한 경우, **1-888-846-4262**, 청각 장애인 TTY: **711**번으로 연락하십시오(월요일~금요일, 오전 7:45~오후 4:30(Hawai'i 표준시, HST)).

Para sa tulong sa pagsasalin o pag-unawa rito, mangyaring tumawag sa **1-888-846-4262** TTY para sa may problema sa pandinig: **711**, Lunes hanggang Biyernes mula 7:45 a.m. hanggang 4:30 p.m. Hawai'i Standard Time (HST).

Để được trợ giúp phiên dịch hoặc giải thích thông tin này, vui lòng gọi số **1-888-846-4262** TTY cho người khiếm thính: **711**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 7:45 a.m. đến 4:30 p.m. Hawai'i Standard Time (HST).

Community Care Services (CCS) Plan :

For help to translate or understand this, please call **1-866-401-7540** Hearing impaired TTY: **711**, 24 hours a day, 7 days a week.

如需翻譯或了解此資訊，請致電 **1-866-401-7540** 聽障人士 TTY：**711**，每週 7 天，每天 24 小時。

Para iti tulong a mangipatarus wenno makaawat iti daytoy, pangngaasiyo ta tawaganyo **1-866-401-7540** Nadadael ti panagdengngegna TTY: **711**, 24 oras iti inaldaw, 7 aldaw iti makalawas.

이를 번역하거나 이해하는 데 도움이 필요한 경우, **1-866-401-7540**, 청각 장애인 TTY: **711**번으로 연락하십시오(주 7일, 하루 24시간).

Para sa tulong sa pagsasalin o pag-unawa rito, mangyaring tumawag sa **1-866-401-7540** TTY para sa may problema sa pandinig: **711**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

Để được trợ giúp phiên dịch hoặc giải thích thông tin này, vui lòng gọi số **1-866-401-7540** TTY cho người khiếm thính: **711**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

承保實體的責任：

‘Ohana Health Plan 是一家承保實體，如 Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) 的定義與規定。根據法律的規定，‘Ohana Health Plan 必須維護您受保護健康資訊 (PHI) 的隱私，並提供您本通知，內含我們的法律責任與您 PHI 有關的隱私權保護方法；同時如果您的 PHI 因未獲得妥善保管而遭到侵害，按本通知的條款 (目前已生效)，我們也必須通知您。

本通知說明我們如何使用及揭露您的 PHI。同時也說明您存取、修改和管理您 PHI 的權利，以及如何行使該類權利。本通知中未說明您 PHI 的所有其他用途與揭露資訊，僅限在具備您的書面授權下才會進行。

‘Ohana Health Plan 保留變更本通知內容的權利。針對我們已擁有和未來將收到任何您的 PHI，我們保留修訂或變更通知生效的權利。每當本通知中下列內容有重大變更時，‘Ohana Health Plan 都會立即修改並發布本通知：

- 使用或揭露
- 您的權利
- 我們的法律責任
- 通知中所述的其他隱私權保護方法

我們會在網站上或透過個別的郵寄方式，提供任何修訂版通知。

口語、書面和電子形式 PHI 的內部保護：

‘Ohana Health Plan 保護您的 PHI。我們也承諾對您的種族、族裔和語言 (REL) 以及性取向和性別認同 (SOGI) 資訊保密。我們有隱私權保護和安全程序可提供協助。

這些是我們保護您 PHI 的部分方法：

- 我們會訓練員工遵循我們的隱私權保護與安全程序。
- 我們要求我們的業務夥伴遵守隱私權保護與安全程序。
- 我們會確保辦公室安全無虞。
- 我們僅基於業務理由才會和需要知道的人討論您的 PHI。
- 我們以電子方式傳送或儲存您的 PHI 時，會確保其安全性。
- 我們會使用技術來防止不當人士存取您的 PHI。

允許使用和揭露您的 PHI：

以下清單列出在未經您許可或授權的情況下，我們可能會如何使用或揭露您的 PHI：

- **治療** - 我們可能會使用或揭露您的 PHI 給醫生或其他醫療照護服務提供者，以便為您提供治療，在各服務提供者之間針對您的治療加以協調，或協助我們針對您的福利進行事先授權決定。
- **付款** - 我們可能會使用及揭露您的 PHI，為提供給您的健康照護服務支付福利金。我們可能會將您的 PHI 揭露給其他健康計劃、醫療照護服務提供者，或受聯邦隱私權規則約束之其他實體，以供其付款之用。付款活動可能包括處理索賠、判定資格或索賠範圍，以及審查醫療必要性所需的服務。
- **健康照護營運** - 我們可能會使用並揭露您的 PHI 以進行我們的健康照護營運。這些活動可能包括提供客戶服務、回應投訴與上訴，以及提供照護管理和照護協調。

在我們的健康照護營運中，我們可能會向業務夥伴揭露 PHI。我們將訂立書面協議，以在這些員工之間保護您的 PHI 隱私權。我們可能會向受聯邦隱私權規則約束的其他實體揭露您的 PHI。該實體也必須因其健康照護營運之由與您建立關係。這包括下列項目：

- 品質評估和改善活動
- 審查健康照護專業人員的能力或資格
- 照護管理與照護協調
- 偵查或預防健康照護詐欺和濫用

您的種族、族裔、語言、性取向和性別認同受保健計劃的系統和法律保護。這代表您提供的資料是保密且安全的。我們只可與健康照護服務提供者分享這些資訊。未經您的允許或授權，我們不會與其他人分享這些資訊。我們使用這些資訊來改善您的照護和服務品質。

這些資訊幫助我們：

- 更佳了解您的健康照護需求
- 了解您就醫時的偏好語言
- 提供健康照護資訊以滿足您的照護需求
- 提供各種計劃，幫助您保持最健康的狀態

這類資訊不會用於承保目的，或用於決定您是否能夠獲得承保或服務。

- **團體保健計劃/計劃贊助商揭露** - 我們可能會將您受保護的健康資訊揭露給團體保健計劃的贊助商，例如雇主或其他為您提供醫療照護計劃的實體，前提是如果贊助商同意使用或揭露受保護的健康資訊之特定限制 (例如同意不使用受保護的健康資訊進行聘僱相關行動或決策)。

您 PHI 的其他許可或必要揭露：

- **募款活動** - 我們可能會使用或揭露您的 PHI 來進行募款活動，例如為慈善基金會或類似實體募款，以協助資助他們的活動。如果我們確實與您聯繫來進行募款活動，我們將提供您選擇退出或停止將來接收這類通訊的機會。
- **承保目的** - 我們可能會將您的 PHI 用於承保用途，例如決定承保申請或要求。如果我們確實將您的 PHI 用於承保目的，則相關規定禁止我們在承保程序中使用或揭露您 PHI 中的基因相關資訊。
- **約診提醒/替代治療方案** - 我們可能會使用和揭露您的 PHI，提醒您與我們進行治療和醫療照護的約診，或向您提供關於治療替代方案或其他健康相關福利與服務的資訊，例如如何戒菸或減重的資訊。
- **依法律要求** - 如果聯邦、州和/或當地法律要求使用或揭露您的 PHI，我們得在符合使用或揭露此類法律之範圍內使用或揭露您的 PHI 資訊，並僅限於此類法律之規定。如果兩種或更多關於規範相同用途或揭露的法律或規定互相衝突，我們將遵守相較之下較嚴格的法律或規定。
- **公共衛生活動** - 我們可能會將您的 PHI 揭露給公共衛生當局，以供其防止或控制疾病、受傷或失能之用。為了確保 Food and Drug Administration (FDA) 管理範疇下的產品或服務的品質、安全或效果，我們可能會向 FDA 揭露您的 PHI。
- **虐待和忽視的受害者** - 如果我們出於合理原因相信有濫用、忽視或家庭暴力的情況，我們可能會將您的 PHI 揭露給當地、州立或聯邦政府主管機關，包括社會服務或法律授權的保護服務機構，以便接收此類報告。
- **司法與行政訴訟** - 我們可能會為了因應行政或法院命令而揭露您的 PHI。我們可能也需要揭露您的 PHI 以因應傳票、披露要求或其他類似要求。

- **執法** - 為了因應犯罪行為，我們可能會在有必要時向執法機關揭露您的相關 PHI，。
- **驗屍官、法醫和殯葬業者** - 我們可能會將您的 PHI 揭露給驗屍官或法醫。舉例來說，這可能是判斷死亡原因的必要條件。如有必要，我們也可能會向殯葬業者揭露您的 PHI 以便於其履行職責。
- **器官、眼睛和組織捐贈** - 我們可能會向器官捐贈組織揭露您的 PHI。我們也可能會向捐贈、貯存或移植死者器官、眼睛和組織的工作人員，揭露您的 PHI：
- **對健康與安全造成威脅** - 如果我們基於善意認為有必要使用或揭露您的 PHI，以避免或降低對人身或大眾的健康或安全所造成嚴重或即將發生的威脅，則我們可能會使用或揭露您的 PHI。
- **特殊政府部門** - 如果您是 U.S. Armed Forces 的成員，我們須依軍事命令主管機關的要求揭露您的 PHI。我們也可能會基於國家安全疑慮、情報活動、The Department of State (用於醫療適宜性裁定)、總統之保護活動，以及法律可能要求的其他獲得授權人員，將您的 PHI 揭露給獲授權的聯邦官員。
- **勞工賠償** - 依照法律制定，我們可能會揭露您的 PHI，以符合與勞工賠償或其他類似計劃相關的法律，其提供因工受傷或疾病的利益，無須考量過失。
- **緊急情況** - 我們可能會在緊急情況下，或者您沒有自理能力的情況下，向家屬、親近的好友、經授權的救災機關揭露您的 PHI，或向您先前已識別的任何其他人揭露您的 PHI。我們會運用專業判斷和經驗，來判斷揭露是否符合您的最佳利益。如果揭露是為了您的最佳利益，我們只會揭露與您的照護直接相關人員的 PHI。
- **受刑人** - 如果您是一家矯正機關或受執法人員管收的受刑人時，我們可能會將您的 PHI 公佈給矯正機關或執法人員，此類資訊乃該機關為您提供健康照護時；為保護您的健康或安全；或其他人的健康或安全；或矯正機關的安全與保障所需。
- **研究** - 在特定情況下，我們可能會在臨床試驗研究獲得核准時，向研究人員揭露您的 PHI，並於設有特定保護措施之下以確保您 PHI 的隱私權與保障。

使用和揭露需要您書面授權的 PHI：

在有限的例外情況下，我們必須獲得您的書面授權才能基於以下理由使用或揭露您的 PHI：

- **PHI 之銷售** - 在我們做出任何被認定為銷售您 PHI 的揭露前，我們將會向您索取書面授權，代表我們會在此情況下收到揭露 PHI 之報償。
- **行銷** - 我們會在有限的例外情況下，向您索取書面授權，以基於行銷目的使用或揭露您的 PHI，例如我們與您面對面進行行銷溝通，或是在我們提供有價之促銷禮品時。
- **心理治療筆記** - 我們會在有限的例外情況下，向您取得書面授權，以使用或揭露我們檔案中您的任何心理治療筆記，例如供特定治療、付款或健康照護營運部門使用。

您有權隨時以書面形式撤銷您的授權，除非我們已根據該初始授權使用或揭露了您的 PHI。

個人權利：

以下是您 PHI 的相關權利。如果您要行使下列任何權利，請使用本通知結尾的資訊與我們聯絡。

- **要求限制的權利** - 您有權要求限制關於使用和揭露您的 PHI 以供治療、付款或健康照護營運使用，以及限制揭露給您的照護人員或照護的付款人，例如家人或親近的朋友。您的要求應說明您所要求的限制，以及該限制適用的州。我們並非必須同意此要求。如果我們同意，我們將會遵守您的限制要求，除非該資訊是為您提供緊急治療所需。然而，當您已全額支付自付額服務或物品費用，我們將限制提供 PHI 的使用或揭露供健康計劃的付款或健康照護營運之用。

- **要求保密通訊的權利** - 您有權要求我們以替代方法或替代位置，與您溝通您的 PHI 事宜。此權利僅適用於如果資訊無法以替代方式或您想要的替代位置傳達時，可能會危及您的安全性。您不必解釋要求的原因，但必須說明，如果不變更通訊的方法或位置，則該資訊可能會危及您的安全。如果您的要求是合理的，我們必須配合您的要求，並指定傳達您的 PHI 應使用的替代方法或位置。
- **存取和接收 PHI 副本的權利** - 您有權檢視或取得以指定的記錄集所包含之 PHI 的副本，且例外情形有限。您可以要求我們以影印以外的格式提供副本。除非我們無法確實執行，否則我們會使用您要求的格式。您必須以書面方式提出要求，以取得您 PHI 的存取權。如果我們拒絕您的請求，我們會提供您書面說明，並告知您是否可檢閱拒絕的原因。我們也會告知您如何要求此類檢閱，或是無法檢閱拒絕。
- **修訂您 PHI 的權利** - 若您認為您的 PHI 中含有不正確的資訊，您有權要求我們修改或變更您的 PHI。您的要求必須以書面形式提出，且必須說明應修改資訊的原因。我們可能因某些原因拒絕您的要求，例如，如果我們沒有建立您要修改的資訊，以及 PHI 的建立者能夠自行執行修訂。如果我們拒絕您的要求，我們會提供您書面說明。您可提出不同意我們決定的聲明來回應，我們會將您的聲明附加至您要求我們修改的 PHI。如果我們接受您對資訊的修改要求，我們會善盡合理程度的努力通知他人，包括您修訂中指名的人，以及在未來揭露該資訊時包含變更的內容。
- **接收揭露說明的權利** - 您有權接收在過去 6 年期間內，我們或我們的業務夥伴揭露您 PHI 的事例清單。這不適用於因治療、付款、健康護理營運目的的揭露，或揭露您授權的和其他特定活動。如果您在 12 個月內申請多次此說明，我們可能會針對回應這些額外要求收取以成本為主的合理費用。我們會在您提出要求時，提供您更多關於我們費用的資訊。
- **提出投訴的權利** - 如果您認為您的隱私權遭到侵犯，或是我們已違反我們自己的隱私權保護方法，您可以利用本通知結尾的聯絡資訊，以書面或電話向我們提出投訴。

您也可以向 Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 提出投訴，投訴信請寄至：200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 或致電 **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**)，或造訪 <https://www.hhs.gov/guidance/document/filing-complaint-0>。

- **我們不會因您提出投訴而對您採取任何行動。**
- **接收本通知副本的權利** - 您可以隨時使用通知結尾所列的聯絡資訊，要求我們提供本通知的副本。如果您在我們的網站或由電子郵件 (e-mail) 收到此通知，您也有權要求索取紙本通知。

聯絡資訊

有關這份通知的疑問：如果您對此通知、我們提供與您 PHI 相關的隱私權保護方法，或如何行使您的權利有任何疑問，您可以使用下列聯絡資訊，以書面或電話聯絡我們。

‘Ohana Health Plan
 Attn: Privacy Official
 820 Mililani Street, Suite 200
 Honolulu, HI 96813
 Quest (Medicaid): **1-888-846-4262** (TTY: **711**).
 Community Care Services (CCS): **1-866-401-7540** (TTY: **711**).