

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services  
Office for Civil Rights  
Attention: Regional Manager  
90 Seventh St.; Federal Bldg., St. 5-100  
San Francisco, CA 94103

如需更多資訊，請致電 (800) 368-1019 或  
美國民權辦公室，電話：(866) OCR-PRIV (866-627-7748)，TTY 使用者請撥打 (866) 788-4989

### 勇敢行使您的權利

即使您選擇提交投訴或行使本通知中所述的任何隱私權利，IEHP 也無法剝奪您的醫療保健權利，更無法以任何方式加害於您。

IEHP 依照並遵守《健康保險流通與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 及所有其他州及聯邦法律的規定，始終致力於在所有情況下保護會員的隱私以及維護其個人及醫療資訊的機密性。所有 IEHP 雇員均需在入職時接受教育和培訓，了解保護您的健康資訊免遭不屬於您醫療保健提供系統的其他人查看及/或談論的方法，並在之後每年培訓一次。我們有制定並實行關於限制進入大樓及 IEHP 訪客的政策。電子記錄受到行政、物理及技術保障措施的保護。我們的商業夥伴需要實行與 IEHP 相同的隱私保護措施。

### 答疑解惑

如果您對本通知有任何疑問並想要獲取更多資訊，請按照第 3 頁中所列的地址和電話號碼聯絡 IEHP 隱私官。



消息發送者：  
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN (IEHP)

### 隱私條例通知

生效日期：2003 年 4 月 14 日  
修訂日期：2021 年 1 月 1 日

本通知說明了可能會怎樣使用及披露與您相關的健康資訊，以及您獲取該類資訊的方式。請仔細閱讀。

IEHP 透過聯邦、州及商業計劃為您提供醫療保健。州及聯邦法律要求我們保護您的健康資訊。同時我們必須為您提供此通知，說明我們可能會怎樣使用及分享您的資訊，以及您有哪些權利。

### 您的資訊具有私密性和保密性。

當您具備入保資格並投保本保健計劃後，聯邦、州及地方機構會向我們提供您的相關資訊。您的醫生、診所、化驗室和醫院也會向我們提供您的醫療資訊，以便批准您的醫療保健服務並付款。

### 隱私條例通知變更

IEHP 必須遵守現行的通知。針對我們已有的資訊，以及在將來收到的資訊，我們保留使任何修訂或修改版通知生效的權利。如果我們作出變更，我們會修改此通知並立即寄送給您。

### 我們可能會怎樣使用及分享您的相關資訊

IEHP 僅在涉及治療、付款及與您投保的特定計劃相關的醫療保健營運時，才可能會使用或分享您的資訊。

我們使用及分享的資訊包括但不限於以下內容：

- 您的姓名，
- 地址，
- 個人情況，
- 您接受的醫療護理，以及
- 您的病史。

我們作為您的保健計劃所採取的部分措施包括：

- 核查您的資格、入保情況以及醫療補助金額
- 批准、提供及承保醫療保健服務
- 針對個案進行調查或起訴（例如欺詐）
- 檢驗您所獲護理的品質
- 協調您所接受的護理

以下列舉了我們與參與您醫療保健的其他方分享您資訊的理由：

1. **治療：**您所需的治療可能需要我們事先批准提供護理。我們會與醫生、醫院及其他方分享資訊，以讓您獲得所需護理。
2. **付款：**針對寄送給我們的有關您醫療護理的醫療保健索款，IEHP 會進行審查、批准及付款。當我們採取上述流程時，我們會將資訊分享給醫生、診所以及就您的護理向我們請款的其他方。而我們可能會將這些帳單移交給其他保健計劃或組織，以進行付款。
3. **醫療保健營運：**我們可能會使用您健康記錄中的資訊來判定您所獲醫療保健的品質。我們也可能會在審計、欺詐及濫用調查、統籌規劃和一般管理中使用此類資訊。

我們也可能會聯絡您，為您提供有關其他保健相關福利以及您可能感興趣的服務的資訊，例如健康教育計劃及管理某些健康疾病。

### 其他會使用您健康資訊的情況

1. 有時法院會要求我們提供您的健康資訊。如果資訊牽涉到其他任一計劃的營運，我們也會將該資訊提供給法院、調查員或律師。這可能涉及在聯邦、州、商業機構或 IEHP 已支付您醫療索款的情況下的欺詐或向其他方追討款項的行為。
2. 您或您的醫生、醫院及其他醫療保健提供者，可就針對您的醫療保健索款所作的決定進行上訴。您的健康資訊可能會用於對相關上訴作出裁定。
3. 我們也可能會與相關機構及組織分享您的健康資訊，這些機構和組織會審查本保健計劃提供服務的方式。
4. 當聯邦政府要審查我們對隱私規則的遵守程度時，我們必須與其分享您的健康資訊。

### 需要提供書面同意的情況

如果我們未出於上述任何目的而想要使用您的資訊，我們必須取得您的書面同意。即使您向我們提供書面同意，您也可隨時以書面形式撤回同意。

### 隱私權包含哪些權利？

您有權禁止我們透過上述方式使用或分享您受保護的醫療保健資訊。我們可能無法同意您的請求。

您有權要求我們僅以書面形式聯絡您，或透過其他地址、郵政信箱或透過電話聯絡您。當有必要保護您資訊的安全時，我們會接受合理請求。

您和您的個人代表有權查看及獲取您健康資訊的紙質或電子副本。您將收到待填表格，同時可能會被收取複製及郵寄記錄的費用。（我們可能會因法律所允許的原因而阻止您查看您記錄的某些部分。）

您有權申請修改您記錄中有誤或不完整的資訊。我們可能會在以下情況下拒絕您的申請：

- 該資訊並非由 IEHP 建立或保管，或
- 我們認為其準確且完整。

如果我們未作出您所申請的更改，您可要求我們審查所作決定。您亦可寄送一則聲明，說明您為何對我們的記錄有異議，同時您的聲明會與您的記錄一同保管。

如果未被妥善保管的受保護健康資訊遭洩露，而您受到該次洩露的影響，則您有權收到資訊洩露通知。

您有權對披露給 IEHP（您或代表您的其他人向其全額支付醫療保健項目或服務的自付額）的某些受保護健康資訊進行限制。

您有權獲取您受保護健康資訊的分享情況記錄。

\*\*\*\*\* 重要說明 \*\*\*\*\*

IEHP 沒有您醫療記錄的完整副本。如果您想要查看、更改您的醫療記錄或取得其副本，請聯絡您的醫生或診所。

當我們分享您的健康資訊時，您有權申請提供關於以下內容的清單：

- 資訊分享對象，
- 分享時間，
- 分享理由，以及
- 所分享的資訊內容。

您有權申請獲得本隱私條例通知的紙質副本。

您亦可在我們的網站上查閱本通知，網址：[www.iehp.org](http://www.iehp.org)

### 您該如何聯絡我們以行使您的權利？

如果您想行使本通知中所述的任何隱私權利，請寄函至：

**IEHP Vice President, Compliance**  
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729  
電子郵箱：[compliance@iehp.org](mailto:compliance@iehp.org)

您也可致電 1-800-440-IEHP (4347) 聯絡 IEHP 會員服務處；TTY/TDD 使用者應撥打 1-800-718-4347。

### 投訴

如果您認為我們未保護好您的隱私並想要提出投訴，您可以書面形式提交投訴：

**INLAND EMPIRE HEALTH PLAN**  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729

您也可致電 1-800-440-IEHP (4347) 聯絡 IEHP 會員服務處；TTY/TDD 使用者應撥打 1-800-718-4347。

您也可聯絡下列機構：

**Privacy Officer**  
c/o: Office of HIPAA Compliance  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 4722  
Sacramento, CA 95899-7413  
電子郵箱：[Privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:Privacyofficer@dhcs.ca.gov)  
電話：(916) 445-4646  
傳真：(916) 440-7680