来自
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN (IEHP) 的信息

隐私权实施条例声明

生效日期：2003 年 4 月 14 日
修订日期：2026 年 8 月 12 日

本声明说明了与您有关的医疗信息可能如何被使用和披露，以及您可如何获取这些信息。请仔细阅读本声明。

IEHP 通过联邦、州及商业计划为您提供医疗保健服务。根据联邦以及州法律，我们必须维护您受保护健康信息的隐私和安全。此外，我们必须为您提供此声明，说明我们可能会如何使用和共享您的信息以及您的权利。

对于某些健康信息，您可以告诉我们您选择希望我们共享哪些信息。如果您对我们在下述情况下如何共享您信息有明确的偏好，请告诉我们您希望我们怎么做。

- 与您的家人、好友或其他为您支付护理费用的人士共享信息
- 在救灾情况下共享信息
- 就筹款事宜与您联络

如果您无法告诉我们您的偏好（例如您失去意识），我们可能会在认为符合您最大利益的情况下，直接共享您的信息。我们也可能在必要时共享您的信息，以减轻对健康或安全的严重和迫切威胁。
除非您给予我们书面许可，否则我们绝不会为营销目的或出售信息而共享您的信息。

您的信息是个人且私密的。

当您符合资格并参保我们的健保计划后，我们会通过联邦、州和地方机构收到与您有关的信息。我们也会通过您的医生、诊所、化验室和医院获取医疗信息，以便批准和支付您的医疗保健费用。

©2026 Inland Empire Health Plan. 公共实体。保留所有权利。ADM_26_ 9451681_CH

隐私权实施条例声明的变更

IEHP 必须遵守当前的声明。我们保留权利，使任何修订或变更的声明适用于我们已拥有的信息以及将来获取的信息。如果我们确实做出变更，我们将修改本声明并立即发送给您。

我们可能会如何使用和共享与您有关的信息

IEHP 可能仅会基于与您参保之特定计划有关的治疗、付款和医疗保健运营目的使用或共享您的信息，此类使用和共享须符合 HIPPA 及其他适用法律的规定。我们使用和共享的信息包括但不限于：

- 您的姓名；
- 地址；
- 个人信息；
- 医疗护理；
- 您的病史，
- 其它信息，例如种族 / 族裔、语言、性别认同和性取向。

当我们作为您的健保计划时，我们会采取的一些行动包括：

- 检查您的资格、参保情况和医疗援助金额
- 批准、提供和支付医疗保健服务费用
- 调查或起诉个案（如欺诈）
- 检查您所获得的护理质量
- 协调您接受的护理

以下是我们为何会与其他参与您医疗保健的人士共享您信息的一些示例：

1. **用于治疗：** 您可能必须接受需要我们事前批准的医学治疗。我们将与医生、医院和其他人共享信息，以让您获得您所需的护理。

2. **用于付款：** 我们负责审查、批准并支付针对您医疗护理发送给我们的医疗保健理赔。在我们处理这些事宜的过程中，我们会与医生、诊所和其他向我们收取您护理费用的人士共享信息。此外，我们可能会将账单转发给其它健保计划或组织进行付款。

3. **用于医疗保健运营：** 我们可能会使用您健康记录中的信息来判断您所获得之医疗保健服务的质量。我们也可能将这些信息用于审计、欺诈和滥用调查、规划及一般行政管理。

4. **用于公共卫生活动：** 我们可能会出于公共卫生活动、研究、通报等目的以及根据法律要求披露您的受保护健康信息。

我们也可能会与您联络，提供您可能感兴趣之其它健康相关福利和服务的信息，例如健康教育计划和某些健康病症的管理。

您健康信息的其它用途

1. 有时法院会命令我们提供您的健康信息。如果涉及其它某项计划的运作，我们也会向法院、调查员或律师提供信息。若联邦、州、商业实体或 IEHP 已支付您的医疗理赔，这可能涉及欺诈或向他人追讨费用的行动。

2. 您或您的医生、医院和其他医疗保健服务提供者可以对您医疗保健理赔的决定提出上诉。您的健康信息可能会被用于做出这些上诉决定。

3. 我们也可能会与检查我们健保计划提供服务状况的机构和组织共享您的健康信息。

4. 当联邦政府检查我们遵守隐私规定的情况时，我们必须与其共享您的健康信息。

5. 通过需遵守联邦法规汇编(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 编第 2 部分的计划获取的物质使用障碍治疗记录，或转述此类记录内容的证词，除非基于书面同意，或在已向当事人或记录持有人提供通知并给予其陈述机会后由法院下达命令，否则不得在民事、刑事、行政或法律程序中以对当事人不利的方式被使用或披露，具体依照 CFR 第 42 编第 2 部分之规定执行。授权使用或披露的法院命令必须附有强制要求披露的传票或其他法律规定，才能使用或披露所要求的记录。

6. 我们可能会在HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act) 规定允许的范围内共享您的健康信息，前提是我们是通过需遵守联邦法规汇编第 42 编第 2 部分的计划获取该信息，并已获得患者的书面同意，可将该信息用于治疗、付款和医疗保健运营。

何时需要获得书面许可

如果我们想将您的信息用于上述未列出的任何目的，我们必须获得您的书面许可。如果您给予我们许可，您可以随时以书面形式撤销。

您享有哪些隐私权？

您有权要求我们不要使用或共享某些用于治疗、付款或运营目的之医疗保健信息。我们可能无法同意您的要求。

您有权要求我们仅以书面形式或通过其它地址、邮政信箱或电话与您联络。我们会考虑所有合理的要求，且如果您告诉我们若我们不这样做会危及您的安全，我们将必须同意您的要求。

您和您的个人代表有权检查并获取我们持有并与您有关之健康和理赔记录以及其它健康信息的纸质或电子副本。您将收到一份需要填写的表格，并且可能需要支付复印和邮寄记录的费用。我们将会提供您健康和理赔记录的副本或摘要，通常在您提出要求后的 30 天内。（我们可能会出于法律允许的原因禁止您查看您记录的某些部分。）

如果您记录中的信息不正确或不完整，您有权要求修改。我们可能会拒绝您的要求，但我们会在 60 天内以书面形式告知您原因。如果出现以下情况，我们可能会拒绝您的要求：

- 该信息并非由 IEHP 创建或保存；或者
- 我们认为该信息正确且完整。

如果我们未按照您的要求修改，您可以要求我们审查我们的决定。您还可以发送一份声明，说明您不同意我们记录的原因，您的声明将与您的记录保存在一起。

若未获得妥善保护的受保护健康信息遭到泄露，且您因信息泄露而受到影响，您有权接获通知。

当您或其他人代您自付医疗保健用品或服务的全额费用时，您有权限制向 IEHP 披露某些受保护健康信息。

您有权要求我们提供一份清单（记录），列出我们在您提出要求之日前六年内共享您健康信息的时间、对象及原因。我们将包含所有披露情况，但与治疗、付款和医疗保健运营有关的披露及某些其它披露除外。我们每年将免费提供一份记录，但如果您在 12 个月内要求提供另一份记录，我们将根据成本收取合理的费用。

*****

重要信息
*****
IEHP 没有您病历的完整副本。如果您想查看、获取或修改您的病历，
请与您的医生或诊所联络。

当我们共享您的健康信息时，您有权要求列有以下内容的清单：
- 我们与谁共享了信息；
- 我们共享信息的时间；
- 共享信息的原因，
- 共享信息的内容。

即使您已同意以电子方式收到本隐私权实施条例声明，您仍有权随时索取本声明的纸质副本。您也可以在我们的网站上找到此声明：www.iehp.org

如果您已授予某人医疗授权书或某人是您的法定监护人，则该人士可以行使您的权利并做出与您健康信息有关的选择。

如何联络我们以行使您的权利？

如果您想行使本声明中所解释的任何隐私权，请写信给我们：

IEHP Compliance Officer
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729
电邮：Privacy@iehp.org

或者，您可以致电：
IEHP 会员服务部 1-800-440-4347
DualChoice 会员服务部 1-877-273-4347
IEHP Covered 会员服务部 1-855-538-4347
TTY/TDD 使用者请致电 1-800-718-4347。

投诉

如果您认为我们没有保护您的隐私并想提出投诉，您可以通过书面方式提出投诉：

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

或者，您可以致电：
IEHP 会员服务部 1-800-440-4347
DualChoice 会员服务部 1-877-273-4347

IEHP Covered 会员服务部 1-855-538-4347
TTY/TDD 使用者请致电 1-800-718-4347

或者，您可以联系以下机构：

Privacy Office
Department of Health Care Services
1501 Capitol Avenue
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413

电邮：DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov
电话：(916) 445-4646
免费电话：(866) 866-0602
传真：(916) 327-4556

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
90 Seventh St.; Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
电邮：ocrmail@hhs.gov

客户回复中心：(800) 368-1019
传真：(202) 619-3818
TDD：(800) 537-7697

行使您的权利而无须恐惧

如果您选择提出投诉或行使本声明中的任何隐私权，IEHP 不得剥夺您的医疗保健福利或以任何方式伤害您。

IEHP 一直致力保护会员的隐私，并依据健康保险可携性及问责法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 和其它所有联邦和州法律，在所有场合维护会员个人和医疗信息的保密性。所有 IEHP 员工在入职时及之后每年都必须接受教育和培训，了解如何保护您的健康信息，不被您医疗保健服务系统以外的其他人士查看和 / 或讨论。我们制定并实施了相关政策，限制进出建筑物的人员和 IEHP 访客的访问权限。我们采用行政管理、实体和技术保护措施保护电子记录的安全。我们的业务伙伴必须拥有与 IEHP 相同的隐私保护措施。

有疑问

如果您对本声明有任何疑问或想了解进一步信息，请联络 IEHP 合规官员，地址和电话号码列于第 5 页。