

# Thông tin của Quý vị. Quyền của Quý vị. Trách nhiệm của Quý vị.

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN

Medi-Cal

Thông báo Thực hành Bảo vệ Quyền Riêng tư

Có hiệu lực: Ngày 1 tháng 7 năm 2022

Thông báo này mô tả cách thức thông tin y tế về quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ và cách quý vị có thể tiếp cận thông tin này. **Vui lòng xem kỹ thông báo này.**

## Quyền của Quý vị

Quý vị có quyền:

- Nhận bản sao hồ sơ y tế và yêu cầu bồi hoàn của quý vị
- Chính sửa hồ sơ y tế và yêu cầu bồi hoàn của quý vị
- Yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật
- Yêu cầu thông tin sức khỏe nhất định thông qua ứng dụng của bên thứ ba mà quý vị chọn, theo Luật về Khả năng Tương tác
- Yêu cầu chúng tôi giới hạn thông tin chúng tôi chia sẻ
- Giới hạn chia sẻ thông tin của mình liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm
- Nhận danh sách những người mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin của quý vị
- Nhận bản sao thông báo về quyền riêng tư này
- Chọn một người hành động thay quý vị
- Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị tin rằng các quyền riêng tư của mình bị vi phạm

## Lựa chọn của Quý vị

Quý vị có một số lựa chọn về cách chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin khi chúng tôi:

- Trả lời các câu hỏi về bảo hiểm từ gia đình và bạn bè của quý vị
- Cung cấp giảm nhẹ thảm họa
- Tiếp thị các dịch vụ của chúng tôi. SFHP sẽ không bán thông tin của quý vị.
- Cung cấp thông tin sức khỏe nhất định cho quý vị thông qua ứng dụng của bên thứ ba mà quý vị chọn, theo Luật về Khả năng Tương tác

## Sử dụng và Tiết lộ

**Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị khi chúng tôi:**

- Giúp quản lý điều trị chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận
- Quản lý tổ chức của chúng tôi
- Thanh toán cho các dịch vụ y tế của quý vị
- Quản lý chương trình bảo hiểm y tế của quý vị
- Giúp đỡ các vấn đề sức khỏe và an toàn của cộng đồng
- Tiến hành nghiên cứu
- Tuân thủ pháp luật
- Trả lời yêu cầu về thông tin sức khỏe của quý vị thông qua ứng dụng của bên thứ ba mà quý vị chọn, theo Luật về Khả năng Tương tác
- Phúc đáp các yêu cầu hiến tặng mô và nội tạng cũng như làm việc với bác sĩ pháp y hoặc công ty mai táng
- Giải quyết bồi thường tai nạn lao động, thực thi pháp luật và các yêu cầu khác của chính phủ
- Phản hồi các vụ kiện và kiện tụng pháp lý

## Quyền của Quý vị

**Quý vị có một số quyền nhất định đối với thông tin y tế của mình.** Phần này giải thích các quyền của quý vị và một số trách nhiệm của chúng tôi trong việc trợ giúp quý vị.

**Nhận bản sao hồ sơ y tế và yêu cầu bồi hoàn của quý vị**

- Quý vị có thể yêu cầu xem hoặc nhận bản sao hồ sơ y tế và yêu cầu bồi hoàn của mình cùng các thông tin y tế khác mà chúng tôi có về quý vị. Hỏi chúng tôi về cách thực hiện điều này.

# Thông tin của Quý vị. Quyền của Quý vị. Trách nhiệm của Quý vị.

- Chúng tôi sẽ cung cấp một bản sao hoặc bản tóm tắt hồ sơ y tế và yêu cầu bồi hoàn của quý vị, thường là trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu. Chúng tôi có thể tính phí dựa trên chi phí hợp lý.
- Quý vị có thể yêu cầu một số dữ liệu nhất định thông qua ứng dụng của bên thứ ba mà quý vị chọn, theo Luật về Khả năng Tương tác.

## **Yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa hồ sơ y tế và yêu cầu bồi hoàn**

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa hồ sơ y tế và yêu cầu bồi hoàn của mình nếu nghĩ rằng chúng không chính xác hoặc không đầy đủ. Hỏi chúng tôi về cách thực hiện điều này.
- Chúng tôi có thể nói “không” với yêu cầu của quý vị, nhưng sẽ cho quý vị biết lý do bằng văn bản trong vòng 60 ngày.

## **Yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật**

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo cách cụ thể (ví dụ: điện thoại nhà riêng hoặc văn phòng), qua địa chỉ email cụ thể hoặc gửi thư đến địa chỉ khác.
- Chúng tôi sẽ đáp ứng yêu cầu của quý vị nếu không gặp vấn đề gì khi cung cấp thông tin và thông báo theo cách thức và địa chỉ mà quý vị chỉ định.
- Nếu quý vị gửi yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật cho chúng tôi qua điện thoại hoặc phương thức điện tử thì chúng tôi sẽ bắt đầu liên lạc với quý vị theo cách và địa chỉ mà quý vị chỉ định trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu. Nếu quý vị gửi yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật cho chúng tôi qua thư bưu điện thì chúng tôi sẽ bắt đầu liên lạc với quý vị theo cách và địa chỉ mà quý vị chỉ định trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu.
- Yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật sẽ có hiệu lực cho đến khi quý vị hủy bỏ hoặc gửi yêu cầu mới.

## **Yêu cầu chúng tôi giới hạn những gì chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ**

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin y tế nhất định về điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động của chúng tôi.
- Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị và có thể nói “không” nếu yêu cầu đó ảnh hưởng đến việc chăm sóc của quý vị.

## **Giới hạn chia sẻ thông tin của mình liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm**

- Dịch vụ nhạy cảm là các dịch vụ chăm sóc liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao gồm cả HIV và AIDS), rối loạn do sử dụng hóa chất, khám xác nhận giới tính và bạo lực bạn tình.
- Quý vị không bắt buộc phải xin phép người khác để nhận các dịch vụ nhạy cảm hoặc gửi yêu cầu về các dịch vụ nhạy cảm nếu quý vị có quyền chấp thuận. Quý vị có thể phải nằm trong độ tuổi cụ thể hoặc có đủ năng lực để chấp thuận tùy vào loại dịch vụ nhạy cảm.
- Chúng tôi sẽ không chia sẻ thông tin y tế về các dịch vụ nhạy cảm của quý vị với bất kỳ ai nếu không có sự cho phép rõ ràng bằng văn bản của quý vị.
- Chúng tôi sẽ trao đổi trực tiếp với quý vị về các dịch vụ nhạy cảm. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo một hình thức cụ thể bằng cách yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật.
- Chúng tôi sẽ không yêu cầu quý vị phải từ bỏ quyền đăng ký tham gia hoặc được bao trả theo chương trình bảo hiểm.

## **Nhận danh sách những người mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin**

- Quý vị có thể yêu cầu danh sách (liệt kê) số lần chúng tôi chia sẻ thông tin y tế của quý vị đến tối đa sáu năm trước ngày quý vị yêu cầu, những người mà chúng tôi đã chia sẻ và lý do.
- Chúng tôi sẽ bao gồm tất cả các tiết lộ ngoại trừ những tiết lộ về điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe cũng như một số tiết lộ nhất định khác (chẳng hạn như bất kỳ tiết lộ nào quý vị đã yêu cầu chúng tôi thực hiện).
- Chúng tôi sẽ cung cấp một danh sách miễn phí mỗi năm nhưng sẽ tính phí dựa trên chi phí hợp lý nếu quý vị yêu cầu cấp thêm danh sách trong vòng 12 tháng.

## **Nhận bản sao thông báo về quyền riêng tư này**

Quý vị có thể yêu cầu bản sao giấy thông báo này bất cứ lúc nào, ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận thông báo điện tử. Chúng tôi sẽ nhanh chóng cung cấp cho quý vị một bản sao giấy.

# Thông tin của Quý vị. Quyền của Quý vị. Trách nhiệm của Quý vị.

## Chọn một người hành động thay quý vị

- Nếu quý vị đã ủy quyền y tế cho ai đó hoặc nếu ai đó là người giám hộ hợp pháp của quý vị, thì người đó có thể thực hiện các quyền của quý vị và đưa ra lựa chọn về thông tin y tế của quý vị.
- Chúng tôi sẽ đảm bảo người đó có quyền này và có thể hành động thay quý vị trước khi chúng tôi hành động.

## Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị thấy các quyền của mình bị vi phạm

- Quý vị có thể khiếu nại nếu cảm thấy chúng tôi đã vi phạm các quyền của quý vị bằng cách liên hệ với chúng tôi qua thông tin ở trang 5.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights bằng cách gửi thư đến 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, gọi số **1(877) 696-6775**, hoặc truy cập trang web **[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)**.
- Quý vị sẽ không bị chúng tôi trả thù vì nộp đơn khiếu nại.

## Lựa chọn của Quý vị

**Đối với một số thông tin y tế nhất định, quý vị có thể cho chúng tôi biết sự lựa chọn của quý vị về những gì chúng tôi chia sẻ.** Nếu có ưu tiên rõ ràng về cách chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị trong các tình huống được mô tả dưới đây, hãy cho chúng tôi biết. Hãy cho chúng tôi biết quý vị muốn chúng tôi làm gì và chúng tôi sẽ thực hiện theo hướng dẫn của quý vị.

## Trong những trường hợp này, quý vị có cả quyền và lựa chọn cho chúng tôi biết:

- Chia sẻ thông tin với gia đình, bạn bè thân thiết hoặc những người khác có liên quan đến việc thanh toán cho chăm sóc của quý vị
- Chia sẻ thông tin trong tình huống giảm nhẹ thảm họa

Nếu quý vị không thể cho chúng tôi biết ưu tiên của mình, ví dụ trong trường hợp quý vị bất tỉnh, chúng tôi có thể tự quyết định và chia sẻ thông tin của quý vị nếu chúng tôi tin rằng điều đó là tốt nhất cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị khi cần để giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc sự an toàn.

## Trong những trường hợp này, chúng tôi *không bao giờ* chia sẻ thông tin của quý vị, trừ khi quý vị cho phép chúng tôi bằng văn bản:

- Mục đích tiếp thị
- Bán thông tin của quý vị (Tất nhiên, SFHP sẽ không bán thông tin của quý vị)

## Sử dụng và Tiết lộ

### Chúng tôi thường sử dụng hoặc chia sẻ thông tin y tế của quý vị như thế nào?

Chúng tôi thường sử dụng hoặc chia sẻ thông tin y tế của quý vị theo những cách sau.

### Giúp quản lý điều trị chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận

- Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế của quý vị và chia sẻ thông tin đó với các chuyên gia đang điều trị cho quý vị.

**Ví dụ:** Một bác sĩ gửi cho chúng tôi thông tin về chẩn đoán và chương trình điều trị của quý vị để chúng tôi có thể sắp xếp các dịch vụ bổ sung.

### Quản lý tổ chức của chúng tôi

- Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị để vận hành tổ chức của mình và liên hệ với quý vị khi cần thiết.
- Chúng tôi không được phép sử dụng thông tin di truyền để quyết định liệu chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm và mức giá bảo hiểm cho quý vị hay không. Điều này không áp dụng đối với các chương trình chăm sóc dài hạn.

**Ví dụ:** Chúng tôi sử dụng thông tin y tế về quý vị để phát triển các dịch vụ tốt hơn cho quý vị.

### Thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe của quý vị

- Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị vì chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe của quý vị.

**Ví dụ:** Chúng tôi chia sẻ thông tin về quý vị với chương trình nha khoa để phối hợp thanh toán cho thăm khám nha khoa của quý vị.

# Thông tin của Quý vị. Quyền của Quý vị. Trách nhiệm của Quý vị.

## Quản lý chương trình bảo hiểm của quý vị

- Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho nhà tài trợ chương trình bảo hiểm y tế để quản lý chương trình bảo hiểm.

**Ví dụ:** Các nhà tuyển dụng và tổ chức khác tài trợ cho các chương trình bảo hiểm y tế. Các nhà tuyển dụng hoặc nhà tài trợ ký hợp đồng với SFHP để cung cấp các dịch vụ cho quý vị và thanh toán cho yêu cầu bồi hoàn. Chúng tôi có thể thông báo cho nhà tài trợ chương trình bảo hiểm nếu quý vị đang tham gia hoặc bị rút tên khỏi chương trình. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị đến nhà tài trợ chương trình bảo hiểm có thể kiểm tra hiệu quả hoạt động của SFHP. Nhà tài trợ đồng ý bảo mật và giữ an toàn thông tin y tế của quý vị.

## Chúng tôi còn có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin y tế của quý vị như thế nào nữa?

Chúng tôi được phép hoặc được yêu cầu chia sẻ thông tin của quý vị theo những cách khác—thường là theo cách giúp ích cho cộng đồng, chẳng hạn như nghiên cứu và hoạt động sức khỏe cộng đồng. Chúng tôi phải đáp ứng nhiều điều kiện theo pháp luật trước khi có thể chia sẻ thông tin của quý vị vì các mục đích này.

Để biết thêm thông tin, hãy xem trang web:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## Giúp đỡ các vấn đề sức khỏe và an toàn của cộng đồng

Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế về quý vị trong những tình huống nhất định như:

- Ngăn ngừa bệnh
- Giúp thu hồi sản phẩm
- Báo cáo phản ứng bất lợi với thuốc
- Báo cáo nghi ngờ lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình
- Ngăn ngừa hoặc làm giảm mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc sự an toàn của bất kỳ ai

## Tiến hành nghiên cứu

- Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị cho nghiên cứu sức khỏe

## Luật về Khả năng Tương tác

- Luật về Khả năng Tương tác yêu cầu các chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý Medi-Cal như chúng tôi phải cung cấp dữ liệu chăm sóc sức khỏe nhất định tới năm năm khi quý vị yêu cầu thông qua ứng dụng của bên thứ ba mà quý vị chọn.
- Ứng dụng của bên thứ ba sẽ là ứng dụng mà quý vị chọn trên điện thoại thông minh của mình.
- Các ứng dụng của bên thứ ba phải tuân thủ các luật về bảo vệ dữ liệu của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy xem “Thông tin Hữu ích cho Hội viên” trên trang web của chúng tôi.
- Chúng tôi không chịu trách nhiệm về ứng dụng của bên thứ ba mà quý vị chọn và không chịu trách nhiệm về dữ liệu của quý vị sau khi đã chuyển sang ứng dụng của bên thứ ba theo yêu cầu của quý vị.

## Tuân thủ pháp luật

Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin về quý vị nếu luật pháp tiểu bang hoặc liên bang yêu cầu, bao gồm cả việc chia sẻ với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh nếu họ muốn đảm bảo rằng chúng tôi đang tuân thủ luật về quyền riêng tư của liên bang.

- Phục đáp các yêu cầu hiến tặng mô và nội tạng cũng như làm việc với bác sĩ pháp y hoặc công ty mai táng
- Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế về quý vị với các tổ chức thu mua nội tạng.
- Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế với nhân viên thu dọn tử thi, bác sĩ pháp y hoặc công ty mai táng khi một người qua đời.

## Giải quyết bồi thường tai nạn lao động, thực thi pháp luật và các yêu cầu khác của chính phủ

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin về quý vị:

- Đối với các yêu cầu bồi thường tai nạn lao động
- Cho các mục đích thực thi pháp luật hoặc với viên chức thực thi pháp luật
- Với các cơ quan kiểm tra sức khỏe cho các hoạt động được pháp luật cho phép
- Cho các chức năng đặc biệt của chính phủ như quân sự, an ninh quốc gia và các dịch vụ bảo vệ tổng thống

## Phản hồi các vụ kiện và kiện tụng pháp lý

Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế về quý vị để phục đáp lệnh của tòa án hoặc sắc lệnh hành chính hoặc để trả lời trát hầu tòa.

## Trách nhiệm của Chúng tôi

- Chúng tôi được pháp luật yêu cầu duy trì quyền riêng tư và an ninh thông tin y tế được bảo vệ của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết kịp thời nếu có vi phạm xảy ra có thể đã xâm phạm quyền riêng tư hoặc an ninh thông tin của quý vị.
- Chúng tôi phải tuân thủ nghĩa vụ và thực hành bảo vệ quyền riêng tư được mô tả trong thông báo này và cung cấp cho quý vị một bản sao thông báo.
- Theo Quy tắc về Khả năng Tương tác, nếu ứng dụng của bên thứ ba mà quý vị chọn đe dọa việc bảo mật thông tin của chúng tôi thì chúng tôi không bắt buộc phải chuyển dữ liệu của quý vị đến ứng dụng đó.
- Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị theo cách khác với những gì được mô tả ở đây trừ khi quý vị cho phép chúng tôi bằng văn bản. Nếu quý vị cho phép chúng tôi làm như vậy, quý vị có thể thay đổi quyết định bất cứ lúc nào. Hãy cho chúng tôi biết bằng văn bản nếu quý vị thay đổi quyết định của mình.

Để biết thêm thông tin, hãy xem trang web:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## Thay đổi về các Điều khoản của Thông báo này

Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản của thông báo này và những thay đổi đó sẽ áp dụng cho tất cả các thông tin chúng tôi có về quý vị. Thông báo mới sẽ được cung cấp theo yêu cầu, trên trang web của chúng tôi và chúng tôi sẽ gửi một bản sao cho quý vị.

## Liên hệ với SFHP tại:

### San Francisco Health Plan

Attn: Officer, Regulatory Affairs and Compliance

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119-4247

**1(415) 547-7800**

hoặc số điện thoại miễn phí **1(800) 288-5555**

## Liên hệ với Secretary of Health and Human Services tại:

### Secretary of Health and Human Services

#### Office of Civil Rights

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

## Liên hệ với Department of Health Care Services, Privacy Officer tại:

### Privacy Officer

c/o Office of Legal Services

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

Telephone: **1(888) 866-0602**

Email: [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)