

គោលការណ៍ និងនីតិវិធី	
លេខគោលការណ៍ និងចំណងជើង: ការគ្រប់គ្រងការជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព និងនិមិត្តសញ្ញាផ្នែកការណ៍ឯកជនភាពអំពី HPA16	
ម្ចាស់គោលការណ៍ចម្បង: អនុលោមភាព	គោលការណ៍ #: HPA16
ម្ចាស់គោលការណ៍ដែលរងផលប៉ះពាល់/បន្ទាប់បន្សំ: ជ្រើសរើសផ្នែកដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការអនុលោមតាមទាំងអស់ ឬផ្នែកនៃគោលការណ៍ ឬនីតិវិធីដូចដែលបានរៀបរាប់	
1) <input checked="" type="checkbox"/> ផ្នែកទាំងអស់ 2) <input type="checkbox"/> សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាសង្គមកិច្ច (BH/SS) 3) <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ (BA) 4) <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ (CM) 5) <input type="checkbox"/> បណ្តឹងទាមទារសំណង (CLMS) 6) <input type="checkbox"/> ទីផ្សារសហគមន៍ និងការចូលរួមរបស់សមាជិក (MAR) 7) <input type="checkbox"/> អនុលោមភាព (CMP/HPA) 8) <input type="checkbox"/> ការកំណត់ចំណាត់ថ្នាក់ (CFG) 9) <input type="checkbox"/> ការចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា (CONT) 10) <input type="checkbox"/> វប្បធម៌ និងភាសាវិទ្យា (CL) 11) <input type="checkbox"/> សេវាបម្រើអតិថិជន (CS)	12) <input type="checkbox"/> ផ្នែកគ្រប់គ្រងអគារ (FAC) 13) <input type="checkbox"/> ហិរញ្ញវត្ថុ (FIN) 14) <input type="checkbox"/> ធនធានមនុស្ស (HR) 15) <input type="checkbox"/> ព័ត៌មានវិទ្យា / ប្រព័ន្ធផ្សព្វ (IT) 16) <input type="checkbox"/> ឱសថស្ថាន (PH) 17) <input type="checkbox"/> បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា (PRO) 18) <input type="checkbox"/> សមធម៌សុខភាព QI (GRV/HE/HEQ/PHM/QM) 19) <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ (UM) 20) <input type="checkbox"/> លទ្ធកម្ម (PRM) 21) <input type="checkbox"/> រដ្ឋបាល (SAF/BC/EM) 22) <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រ (MM)
ប្រភេទផលិតផល: <input checked="" type="checkbox"/> Medi-Cal	លេខគោលការណ៍ជំនួស: គ្មាន

I. គោលបំណង

ដើម្បីរៀបរាប់ពីការគ្រប់គ្រងការជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP) និងនិមិត្តសញ្ញាផ្នែកការណ៍ឯកជនភាពរបស់គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin and Mountain Valley Health Plan's ("Health Plan")។

II. គោលការណ៍

A. Health Plan បង្កើត និងថែរក្សា NPP និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីឯកជនភាព ជាទៀងទាត់ និងធ្វើឱ្យ NPP និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីឯកជនភាពមានសម្រាប់សមាជិក និងសាធារណៈជនទូទៅរបស់ Health Plan យោងទៅតាមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។

1. Health Plan រក្សា NPP និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាពដោយអនុលោមតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ និងដោយអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីភាពអាចផ្ទេរបាន និងភាពទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 1996 (HIPAA) ជាពិសេសច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាព និងសុវត្ថិភាព។¹
2. សមាជិកត្រូវបានផ្តល់ជូន NPP ដែលពណ៌នាអំពីរបៀបដែល Health Plan និងភាគីទីបីណាមួយអាចប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ (PHI) និង/ឬព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន (PI) ("PHI/PI") សិទ្ធិរបស់ពួកគេទាក់ទងនឹង PHI/PI និងកាតព្វកិច្ចផ្លូវច្បាប់នៃ Health Plan ស្របតាម HIPAA និងបទប្បញ្ញត្តិដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ផ្សេងទៀត។
3. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាព និងការជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ Health Plan មាននៅលើអនឡាញសម្រាប់ការមើលជាសាធារណៈ។
4. នៅពេលដែលការកែប្រែត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះ NPP ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាព Health Plan នឹងចែកចាយ និងមានផ្តល់ជូន NPP និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាពដល់អ្នកគ្រប់គ្នាភ្លាមៗ។
5. លើកលែងតែនៅពេលតម្រូវដោយច្បាប់ ការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ចំពោះលក្ខខណ្ឌណាមួយនៃ NPP មិនអាចត្រូវបានអនុវត្តមុនកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃ NPP ដែលការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះត្រូវបានដំណើរការ។ លើសពីនេះ ឯកសារទាក់ទងនឹង NPP ត្រូវបានបង្ហាញនៅលើគេហទំព័រ និងផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅសមាជិកមុនកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព។
6. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP) រួមជាមួយនឹងសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីឯកជនភាពត្រូវបានពិនិត្យ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ឆ្នាំ ឬនៅពេលដែលមានការផ្លាស់ប្តូរដោយមិនរំពឹងទុក និងបទប្បញ្ញត្តិដែលពាក់ព័ន្ធ។

¹ 42 CFR – ច្បាប់ស្តីពីភាពអាចផ្ទេរបាន និងភាពទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 1996 (HIPAA)
DUALPLCYPRCDRHPA16-09152025K

7. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP)
ត្រូវបានសរសេរដោយប្រើភាសាសាមញ្ញ និងរួមបញ្ចូលស្តង់ដារប្បធម៌
និងភាសាដែលកំណត់ដោយច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់។
8. សមាជិកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ Health Plan និងទៅលេខាធិការនៃ
Department of Health and Human Services (HHS)
ប្រសិនបើពួកគេជឿថាសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់ពួកគេត្រូវបានបំពាន
ដោយប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់សមាជិក Health Plan
និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលសមាជិកមិនរងការសងសឹកចំពោះការដាក់ពាក្យប
ណ្តឹងនោះទេ។
9. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP)
សេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាព
និងគោលការណ៍នេះត្រូវបានត្រួតពិនិត្យជាទៀងរាល់ឆ្នាំដោយអង្គភាពសុចរិតភា
ពកម្មវិធី (PIU) ដើម្បីកំណត់ និងធ្វើការកែប្រែចាំបាច់នៅពេលចាំ
បាច់។
ការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ចំពោះឯកសារទាំងនេះត្រូវបានអនុម័តដោយក្រុមប្រឹក្សាត្រួ
តពិនិត្យឯកជនភាព និងសន្តិសុខ (PSOC)
និងគណៈកម្មាធិការត្រួតពិនិត្យគោលការណ៍ (PRC)។
10. ការកែប្រែដោយមិនរំពឹងទុក ឬក្រៅពីកាលវិភាគពិនិត្យប្រចាំឆ្នាំទៅលើ NPP
និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាព ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅពេលចាំបាច់។
ការផ្លាស់ប្តូរ
ទាំងអស់ចំពោះឯកសារទាំងនេះត្រូវបានអនុម័តដោយទាំង PSOC និង PRC។
11. ប្រធានផ្នែកអនុលោមភាព
ឬអ្នកចាត់តាំងរបស់គាត់មានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការត្រួតពិនិត្យគោលការណ៍នេះ
យ៉ាងហោចណាស់ប្រចាំឆ្នាំ ហើយកែប្រែឡើងវិញតាមការចាំបាច់
ធានានូវការគ្រប់គ្រងកំណែ និងការអនុលោមតាមច្បាប់ជាធរមាន
និងលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃកិច្ចសន្យា។

III. នីតិវិធី

- A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP)
ត្រូវបានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅសមាជិកថ្មីក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះ
ហើយមិនតិចជាងម្តងរៀងរាល់បី (3) ឆ្នាំ។²
- B. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP)
និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាពត្រូវបានបង្ហាញទៅកាន់គេហទំព័រសាធារណៈរបស់
Health Plan (<https://www.hpsj.com>)។

² 45 CFR §164.520(a) – សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព
DUALPLCYPRCDRHPA16-09152025K

- C. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP)
ក៏ត្រូវបានរួមបញ្ចូលផងដែរនៅក្នុងភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង
និងឯកសារជូនដំណឹងសមាជិកផ្សេងទៀតតាម
កាលវិភាគ និងលក្ខខណ្ឌតម្រូវ។
- D. ប្រធានផ្នែកអនុលោមភាព (CCO) មានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការធានាគោលការណ៍នេះ
រួមជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទណាមួយ និងឯកសារផ្សេងទៀតដែលបានបង្កើត
ឬទទួលបានអនុវត្តតាមគោលការណ៍ស្តីពីការកាត់ត្រា និងការរក្សាទុកឯកសារ
CMP02។³

³ គោលការណ៍ CMP02 ស្តីពីកាត់ត្រា និងការរក្សាទុក
DUALPLCYPRCDRHPA16-09152025K

IV. ឯកសារភ្ជាប់

- A. ឯកសារភ្ជាប់ A: សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ Health Plan
- B. និយមន័យនៃគម្រោងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង Medi-Cal របស់ DHCS (ឯកសារបង្ហាញ A ឯកសារភ្ជាប់ | និយមន័យ 1.0)
- C. តំណនៃសទ្ទានុក្រមពាក្យវាក្យសព្ទ
- D. បញ្ជីអក្សរកាត់នៃកិច្ចសន្យាថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង Medi-Cal (ឯកសារបង្ហាញ A ឯកសារភ្ជាប់ | អក្សរកាត់ 2.0)

V. ឯកសារយោង

- A. 42 CFR ច្បាប់ស្តីពីភាពអាចផ្ទេរបាន និងភាពទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 1996
- B. 45 CFR §164.520(a) – សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព
- C. 45 C.F.R. §164.520(b) – មាតិកាក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
- D. 45 C.F.R. §164.520(c) – មាតិកាក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
- E. 45 C.F.R. §164.520(d) – សេចក្តីជូនដំណឹងរួមពីអង្គភាពដែលគ្របដណ្តប់ដោយផ្ទៃក្នុង។
- F. 45 C.F.R. §164.520(e) – ការចងក្រងឯកសារ
- G. 45 C.F.R §164.530(j) – រយៈពេលរក្សាទុក
- H. ក្រមរដ្ឋប្បវេណីនៃរដ្ឋ California §1798.29 – ច្បាប់ស្តីពីការអនុវត្តចំពោះព័ត៌មានឆ្នាំ 1977
- I. CMP02 ស្តីពីកំណត់ត្រា និងការរក្សាទុក
- J. បច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មានអំពីសុខភាពសម្រាប់ច្បាប់ស្តីពីសុខភាពនៃសេដ្ឋកិច្ច និងការព្យាបាល (ច្បាប់ HITECH)
- K. ការរាយការណ៍ និងការកាត់បន្ថយការបំពាន និងឧប្បត្តិហេតុសុវត្ថិភាពឯកជនភាព HPA07
- L. វិធានការវិន័យរបស់ HPA09 នៃ Health Plan លើការបំពានច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាព និងសុវត្ថិភាព
- M. HPA11 ការផ្លាស់ប្តូរក្នុងច្បាប់ HIPAA
- N. HPA34 ការប្រើប្រាស់ PHI, PII របស់សមាជិក និងព័ត៌មានសម្ងាត់
- O. ពិព័រណ៍ G នៃកិច្ចសន្យារបស់ DHCS – ច្បាប់ស្តីពីភាពអាចផ្ទេរបាន និងភាពទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព
- P. កិច្ចសន្យារបស់ DHCS ពិព័រណ៍ A នៃឯកសារភ្ជាប់ទី 9, §14(B)(2) – ការចូលប្រើ និងភាពអាចរកបាន

VI. ប្រវត្តិនៃការកែប្រែ

កំណែ*	សេចក្តីសង្ខេបអំពីការកែប្រែ	កាលបរិច្ឆេទ
000	03/03, 04/05, 03/12, 06/12, 07/12, 09/14, 04/16, 11/16, 06/17, 11/18, 07/20, 04/21, 11/22, 12/22	គ្មាន
001	បានផ្លាស់ទី HPA16 ទៅកំរងថ្មី	06/07/2023
002	បានពិនិត្យ និងកែសម្រួលឡើងវិញ។	05/02/2024
003	បានបន្ថែមខ្លឹមសារសម្រាប់សេវាកម្មសម្ងាត់ និងសម្រាប់ការទទួលស្គាល់ NCQA DEI	08/15/2024
004	បានកែខ្លឹមសាររបស់គោលការណ៍។	09/23/2024
កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពដំបូង៖ 04/01/2003		

VII. ការត្រួតពិនិត្យ និងការអនុម័តរបស់គណៈកម្មការ

ឈ្មោះគណៈកម្មការ	កំណែ	កាលបរិច្ឆេទ
គណៈកម្មការអនុលោមភាព	004	02/120/2025
<ul style="list-style-type: none"> គណៈកម្មការត្រួតពិនិត្យឯកជនភាព និងសុវត្ថិភាព (PSOC) 	004	10/18/2024
<ul style="list-style-type: none"> គណៈកម្មការសុចរិតភាពនៃកម្មវិធី 		
<ul style="list-style-type: none"> គណៈកម្មការសវនកម្ម និងត្រួតពិនិត្យ 		
<ul style="list-style-type: none"> ការត្រួតពិនិត្យគោលការណ៍ 	004	11/27/2024
គណៈកម្មការសមធម៌សុខភាពលើកម្ពស់គុណភាព (QIHEC)		
<ul style="list-style-type: none"> គណៈកម្មការប្រតិបត្តិការគុណភាព 		
<ul style="list-style-type: none"> បណ្តឹងសាទុក្ខ 		

VIII. ការអនុម័តរបស់ទីភ្នាក់ងារនិយតកម្ម

ក្រសួង	អ្នកត្រួតពិនិត្យ	កំណែ	កាលបរិច្ឆេទ
ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល (DHCS)	ឯកសារ និងការប្រើប្រាស់កម្មវិធីគ្រប់គ្រង កិច្ចសន្យា DHCS	004	12/20/2024
ក្រសួងថែទាំសុខភាព ក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)			

IX. ហត្ថលេខាអនុម័ត*

ហត្ថលេខា	ឈ្មោះ ឋានៈ	កាលបរិច្ឆេទ
	ប្រធាន PRC	
	ម្ចាស់គោលការណ៍	
	ប្រធានផ្នែក	
	នាយកប្រតិបត្តិ	

*ហត្ថលេខាដែលមាននៅលើឯកសារ នឹងមិនមាននៅលើច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះពុម្ពផ្សាយទេ

ឯកសារភ្ជាប់ A: សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ Health Plan

Notice of Privacy Practices

This notice describes how your medical and personal information, including information about your race/ethnicity, language, gender identity and sexual orientation may be used and disclosed. This notice also tells you how you can get access to this information. **Please review it carefully.**

Your Rights

When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

Get a copy of your health and claims records	<ul style="list-style-type: none"> You can ask to see or get a copy of your health and claims records and other health information we have about you. Ask us how to do this. We will provide a copy or a summary of your health and claims records, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
Ask us to correct health and claims records	<ul style="list-style-type: none"> You can ask us to correct your health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. Ask us how to do this. We may say “no” to your request, but <u>we</u>’ll tell you why in writing within 60 days.
Request confidential communications	<ul style="list-style-type: none"> You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. We will consider all reasonable requests, and must say “yes” if you tell <u>us</u> you would be in danger if we do not. We will process all confidential communication changes requested by you within 7 calendar days of receiving your request through electronic/telephonic communication, and within 14 calendar days of receiving your request through first class mail. We will send you a letter acknowledging the receipt of your request. If you are a senior person with disability (SPD) and have a physical or mental incapacity, you do not need to complete an authorization form.
Ask us to limit what we share about you	<ul style="list-style-type: none"> You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it will affect your care.

Get a list of those with whom we've shared information	<ul style="list-style-type: none"> You can ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment and healthcare operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We'll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
Get a copy of this privacy notice	<ul style="list-style-type: none"> You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.
Choose someone to act for you	<ul style="list-style-type: none"> If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
File a complaint if you feel your rights are violated	<ul style="list-style-type: none"> You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on the back page. You can file a complaint with U.S. Department of Health and Human Services Office D.C. 20201, calling 1-877-696-6755, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints We will not retaliate against you for filing a complaint.
Request Your Health Information Be Sent to an Application of Your Choice	<ul style="list-style-type: none"> Interoperability Rules require us to provide up to five years of certain health care data when you request it directly with us or through a third-party application. When you request it through a third-party application, Health Plan reserves the right to approve the third-party application based on security analysis. You can make this request directly with us by accessing the Request to Access Health Information form online (hpsj.com), requesting it over the phone with a Customer Service Representative, or on a walk-in basis. You must complete the entire form and mail or bring it to the Health Plan's office located in 7751 South Mantney Road, French Camp, CA 95231. You may also fax the form to: (209) 461-2550 or send to Health Plan through a secured email. We are not responsible for the third-party application that you select and are not responsible for your data once transferred to the third-party application per your request

Your Choices

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care

Share information in a disaster relief situation If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.

In these cases, we never share your information unless you give us written permission for the following:

- Marketing purposes
- Sale of your information

Also, we will not use your information in the following ways:

- Use race/ethnicity, language, gender identity or sexual orientation to make decisions for underwriting, denial of coverage or require you to give up your rights to enroll in or be covered under Health Plan.
- Release your medical or personal information about abortion services if the request comes from another state, even if it is a subpoena. You are protected by the California Reproductive Privacy Act.
- Release medical or personal information for children who receive gender-affirming health or mental health care in response to any civil, foreign subpoena, or out of state action. Disclose information about substance use disorder (SUD) treatment to a civil, criminal, administrative, or legislative proceedings against a member, without the members consent or a court order.
- Share your information on services related to sexual and reproductive health, sexually transmitted infections and diseases, and intimate partner violence without your expressive written authorization, except for treatment, payment and operations.

Our Uses and Disclosure

How do we typically use or share your health information?

We typically use or share your health information in the following ways.

Help manage the health care treatment you receive	<ul style="list-style-type: none"> • We can use your health information and share it with professionals who are treating you. 	<i>Example: A doctor sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services.</i>
Run our organization	<ul style="list-style-type: none"> • We can use and disclose your information to run our 	<i>Example: We use health information about you to develop better services for you.</i>

	<p>organization and contact you when necessary.</p> <ul style="list-style-type: none"> We are not allowed to use genetic information to decide whether we will give you coverage and the price of that coverage. This does not apply to long term care plans. 	
Pay for your health services	<ul style="list-style-type: none"> We can use and disclose your health information as we pay for your health services. 	<i>Example: We share information about you with your dental plan to coordinate payment for your dental work.</i>
Administer your plan	<ul style="list-style-type: none"> We may disclose your health information to your health plan sponsor for plan administration 	<i>Example: Your company contracts with us to provide a health plan, and we provide your company with certain statistics to explain the premiums we charge.</i>

How else can we use or share your health information?

We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes.

For more information see:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Help with public health and safety issues	<ul style="list-style-type: none"> We can share health information about you for certain situations such as: <ul style="list-style-type: none"> Preventing disease Helping with product recalls Reporting adverse reactions to medications Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety
Do research	<ul style="list-style-type: none"> We can use or share your information for health research
Comply with the law	<ul style="list-style-type: none"> We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
Respond to organ and tissue donation requests and work with a	<ul style="list-style-type: none"> We can share health information about you with organ procurement organizations We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

medical examiner or funeral director	
Address worker's compensation, law enforcement, and other government requests	<p>We can use or share health information about you:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For worker's compensation claims • For law enforcement purposes or with law enforcement officials • With health oversight agencies for activities authorized by law • For special government functions such as military, national security, and presidential protective service
Respond to lawsuits and legal actions	<ul style="list-style-type: none"> • We can share health information about in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena

Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your personal and protected health information
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have comprised the privacy or security of your information
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html

Changes to the Terms of This Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, on our web site, and we will mail a copy to you.

This Notice of Privacy Practices applies to:

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan, 7751 South Mantney Road, French Camp, CA 95231

Contact our Compliance Department for any questions or concerns regarding your privacy at piu@hpsj.com or 1-888-936-PLAN (7526) TTY 711 or visit www.hpsj-mvhp.org.

For More Information



Please contact us to request a copy of this notice in other languages or to get a copy in another format, such as large print or braille.

The effective date of this notice is December 1, 2024.