

# Thông Báo về Các Biện Pháp Đảm Bảo Quyền Riêng Tư

Thông báo này mô tả cách sử dụng và tiết lộ thông tin y tế và cá nhân của quý vị. Điều này bao gồm thông tin về chủng tộc/dân tộc, ngôn ngữ, bản dạng giới và khuynh hướng tình dục của quý vị. Thông báo này cũng cho quý vị biết phải làm thế nào để tiếp cận những thông tin này. **Vui lòng đọc kỹ.**

## Quyền của Quý Vị

**Quý vị có một số quyền liên quan đến thông tin sức khỏe của mình.** Mục này giải thích về quyền mà quý vị được hưởng và một số trách nhiệm mà chúng tôi cần thực hiện để hỗ trợ quý vị.

<b>Nhận bản sao hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của mình</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quý vị có thể yêu cầu xem hoặc nhận bản sao hồ sơ y tế và thông tin sức khỏe khác về quý vị mà chúng tôi có. Hãy hỏi chúng tôi để biết cách yêu cầu.</li><li>• Chúng tôi sẽ cung cấp bản sao hoặc bản tóm tắt về hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị, thường là trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu. Chúng tôi có thể thu một khoản phí dựa trên chi phí thực tế.</li></ul>
<b>Yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nếu quý vị cho rằng hồ sơ chưa chính xác hoặc chưa đầy đủ.</li><li>• Hãy hỏi chúng tôi để biết cách yêu cầu. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị, nhưng sẽ gửi văn bản thông báo lý do trong vòng 60 ngày.</li></ul>
<b>Yêu cầu liên lạc bảo mật</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên hệ theo cách cụ thể (ví dụ: tới số điện thoại nhà hoặc cơ quan) hoặc gửi qua đường bưu điện tới địa chỉ khác.</li><li>• Chúng tôi sẽ xem xét tất cả các yêu cầu hợp lý. Chúng tôi sẽ "đồng ý" nếu quý vị nói với chúng tôi rằng quý vị sẽ gặp nguy hiểm nếu chúng tôi không làm vậy.</li><li>• Chúng tôi sẽ xử lý tất cả các thay đổi liên lạc bí mật theo yêu cầu của quý vị. Việc này sẽ diễn ra trong vòng 7 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu bằng văn bản của quý vị. Trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị qua đường bưu điện hạng nhất. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để thông báo rằng chúng tôi đã nhận được yêu cầu của quý vị.</li><li>• Nếu quý vị là người cao tuổi bị khuyết tật (SPD) và không đủ năng lực thể chất hoặc tinh thần, quý vị không nhất thiết phải điền vào mẫu đơn ủy quyền.</li></ul>
<b>Yêu cầu chúng tôi hạn chế phạm vi chia sẻ thông tin của quý vị</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi <b>không</b> sử dụng hoặc chia sẻ một số thông tin sức khỏe cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc vận hành hoạt động của chúng tôi.</li><li>• Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị và có thể từ chối nếu yêu cầu đó ảnh hưởng đến dịch vụ chăm sóc của quý vị.</li></ul>

<p><b>Nhận danh sách những bên mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị có thể yêu cầu một danh sách (báo cáo) những lần chúng tôi chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị. Thời gian là tối đa 6 năm trước ngày quý vị yêu cầu, đối tượng mà chúng tôi đã chia sẻ và lý do chia sẻ.</li> <li>• Chúng tôi sẽ liệt kê tất cả các trường hợp chia sẻ thông tin, ngoại trừ những trường hợp liên quan đến điều trị, thanh toán, vận hành hoạt động chăm sóc sức khỏe và một số trường hợp khác (như những trường hợp quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện). Chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí một báo cáo mỗi năm. Chúng tôi sẽ tính một khoản phí hợp lý dựa trên chi phí thực tế nếu quý vị yêu cầu một bản báo cáo khác trong vòng 12 tháng.</li> </ul>
<p><b>Nhận bản sao thông báo về quyền riêng tư này</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị có thể yêu cầu một bản cứng của thông báo này bất cứ lúc nào. Ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận thông báo điện tử, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao thông báo bằng văn bản kịp thời.</li> </ul>
<p><b>Chọn người thực hiện thay quý vị</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nếu quý vị đã ủy quyền để ai đó đưa ra quyết định về y tế hoặc nếu quý vị có người giám hộ hợp pháp, người đó có thể thực hiện quyền của quý vị và đưa ra các quyết định về thông tin sức khỏe của quý vị.</li> <li>• Chúng tôi sẽ xác minh rằng người đó có thẩm quyền này và có thể thay mặt cho quý vị trước chúng tôi khi thực hiện bất kỳ hành động nào.</li> </ul>
<p><b>Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy quyền của mình bị xâm phạm</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị có thể khiếu nại nếu cảm thấy chúng tôi đã vi phạm các quyền của quý vị. Liên hệ với chúng tôi bằng thông tin ở trang cuối.</li> <li>• Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Văn Phòng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ D.C. 20201, gọi số <b>1-877-696-6755</b> hoặc truy cập <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints</a>.</li> <li>• Chúng tôi tuyệt đối không trả thù quý vị chỉ vì đã nộp đơn khiếu nại.</li> </ul>
<p><b>Yêu Cầu Gửi Thông Tin Sức Khỏe của Quý Vị đến một Ứng Dụng do Quý Vị Lựa Chọn</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Theo Quy Định về Khả Năng Liên Thông Hệ Thống, chúng tôi phải cung cấp một số dữ liệu về chăm sóc sức khỏe trong phạm vi năm năm khi quý vị gửi yêu cầu trực tiếp cho chúng tôi hoặc qua ứng dụng của bên thứ ba.</li> <li>• Khi quý vị yêu cầu thông qua ứng dụng của bên thứ ba, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có quyền phê duyệt ứng dụng của bên thứ ba đó sau khi phân tích bảo mật.</li> <li>• Quý vị có thể gửi yêu cầu này trực tiếp cho chúng tôi bằng cách truy cập mẫu đơn Yêu Cầu Truy Cập Thông Tin Sức Khỏe trực tuyến (<a href="http://www.hpsj-mvhp.org">www.hpsj-mvhp.org</a>), gọi điện đến Đại Diện Dịch Vụ Khách Hàng hoặc trực tiếp đến văn phòng (không cần hẹn trước) để yêu cầu.</li> <li>• Quý vị phải điền đầy đủ thông tin vào tất cả các mục trong mẫu đơn rồi gửi qua đường bưu điện hoặc mang tới văn phòng của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe tại địa chỉ 7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231. Quý vị cũng có thể gửi fax biểu mẫu đến số: <b>1-209-461-2550</b> hoặc gửi đến Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe bằng email bảo mật.</li> <li>• Chúng tôi không chịu trách nhiệm về ứng dụng của bên thứ ba mà quý vị chọn. Chúng tôi không chịu trách nhiệm về dữ liệu của quý vị sau khi được chuyển sang ứng dụng của bên thứ ba.</li> </ul>

## Lựa Chọn của Quý Vị

Đối với một số thông tin sức khỏe, quý vị có thể quyết định những thông tin nào sẽ được chia sẻ. Nếu quý vị có mong muốn rõ ràng về cách chia sẻ thông tin trong các tình huống dưới đây, hãy liên hệ với chúng tôi. Hãy cho chúng tôi biết quý vị muốn chúng tôi làm gì, và chúng tôi sẽ làm theo hướng dẫn của quý vị.

### **Trong những trường hợp như vậy, quý vị có quyền và có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:**

- Chia sẻ thông tin cho gia đình, quý vị bè thân thiết hoặc những người khác hỗ trợ thanh toán chi phí chăm sóc của quý vị
- Chia sẻ thông tin trong trường hợp cứu hộ do thiên tai.

Nếu quý vị không thể nói cho chúng tôi biết mong muốn của mình, chẳng hạn như khi quý vị bất tỉnh, chúng tôi có thể chủ động chia sẻ thông tin của quý vị nếu cho rằng việc đó là vì lợi ích tốt nhất của quý vị. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị, nếu cần, để giảm nhẹ mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy đến đối với sức khỏe hoặc an toàn.

### **Trong những tình huống này, chúng tôi không bao giờ chia sẻ thông tin của quý vị trừ khi quý vị cho phép chúng tôi bằng văn bản về những mục đích sau:**

- Mục đích tiếp thị
- Bán thông tin

### **Chúng tôi cũng sẽ không sử dụng thông tin của quý vị theo những cách sau:**

- Sử dụng thông tin chủng tộc/dân tộc, ngôn ngữ, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tính dục để đưa ra quyết định về thẩm định bảo hiểm, từ chối bảo hiểm hoặc yêu cầu quý vị phải từ bỏ quyền để được đăng ký vào hoặc được đài thọ theo Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe.
- Tiết lộ thông tin y tế hoặc cá nhân của quý vị liên quan đến dịch vụ phá thai nếu yêu cầu đó đến từ một tiểu bang khác, kể cả khi có trật đòi hầu tòa. Quý vị được bảo vệ theo Đạo Luật Quyền Riêng Tư Thông Tin Sinh Sản California.
- Tiết lộ thông tin y tế hoặc cá nhân của trẻ đang nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất hoặc tinh thần khẳng định giới nhằm phúc đáp bất kỳ trật đòi hầu tòa dân sự, trật đòi hầu tòa từ nước ngoài hoặc thủ tục pháp lý ngoài tiểu bang nào. Tiết lộ thông tin về điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD) cho một thủ tục tố tụng dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp chống lại một hội viên mà không có sự đồng ý của hội viên hoặc lệnh của tòa án.
- Chia sẻ thông tin của quý vị về các dịch vụ liên quan đến sức khỏe sinh sản và tình dục, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và bạo lực quý vị tình mà không có sự cho phép rõ ràng bằng văn bản của quý vị, ngoại trừ điều trị, thanh toán và phẫu thuật.

## Cách Chúng Tôi Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin

### Chúng tôi thường sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị theo những cách nào?

Chúng tôi thường sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị theo những cách sau đây.

<b>Giúp quản lý dịch vụ điều trị chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chúng tôi có thể sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị và chia sẻ thông tin đó cho những chuyên gia đang điều trị cho quý vị.</li></ul>	<i>Ví dụ: Bác sĩ gửi cho chúng tôi thông tin về kết quả chẩn đoán và kế hoạch điều trị để chúng tôi có thể sắp xếp thêm các dịch vụ khác.</i>
<b>Vận hành tổ chức của chúng tôi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị để vận hành tổ chức của chúng tôi và liên hệ với quý vị khi cần.</li><li>Chúng tôi không được phép sử dụng thông tin di truyền để quyết định việc có cung cấp bảo hiểm cho quý vị hay không và mức phí bảo hiểm sẽ áp dụng. Quy định này không áp dụng cho các chương trình chăm sóc dài hạn.</li></ul>	<i>Ví dụ: Chúng tôi sử dụng thông tin sức khỏe về quý vị để xây dựng dịch vụ tốt hơn cho quý vị.</i>
<b>Thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị khi thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe cho quý vị.</li></ul>	<i>Ví dụ: Chúng tôi chia sẻ thông tin về quý vị với chương trình nha khoa để phối hợp thanh toán cho dịch vụ nha khoa của quý vị.</i>
<b>Quản lý chương trình</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho nhà tài trợ của chương trình bảo hiểm sức khỏe nhằm mục đích quản lý chương trình</li></ul>	<i>Ví dụ: Công ty của quý vị ký hợp đồng với chúng tôi để cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe và chúng tôi cung cấp cho công ty quý vị một số dữ liệu thống kê để giải thích các mức phí bảo hiểm được áp dụng.</i>

### Chúng tôi còn sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị theo cách nào khác?

Chúng tôi được phép hoặc được yêu cầu chia sẻ thông tin của quý vị theo nhiều cách khác. Thông thường theo những cách đóng góp cho lợi ích công cộng, chẳng hạn như sức khỏe cộng đồng và nghiên cứu. Chúng tôi phải đáp ứng nhiều điều kiện theo luật trước khi có thể chia sẻ thông tin của quý vị cho những mục đích này.

Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập trang:

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

<b>Hỗ trợ trong các vấn đề liên quan đến sức khỏe và an toàn cộng đồng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe về quý vị trong một số tình huống như: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Phòng ngừa bệnh tật</li> <li>○ Hỗ trợ thu hồi sản phẩm</li> <li>○ Báo cáo phản ứng bất lợi với thuốc</li> <li>○ Báo cáo trường hợp lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình đáng nghi</li> <li>○ Phòng ngừa hoặc làm giảm mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hay sự an toàn của người khác</li> </ul> </li> </ul>
<b>Thực hiện nghiên cứu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin nhằm thực hiện nghiên cứu y tế.</li> </ul>
<b>Tuân thủ luật pháp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin về quý vị về quý vị nếu luật tiểu bang hoặc liên bang yêu cầu, bao gồm Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh nếu Bộ muốn xác minh xem chúng tôi có tuân thủ luật của liên bang về quyền riêng tư hay không.</li> </ul>
<b>Trả lời các yêu cầu hiến tạng và mô, và phối hợp với nhân viên giám định y khoa hoặc nhân viên nhà tang lễ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe về quý vị với các tổ chức mua tạng.</li> <li>• Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe với nhân viên điều tra, nhân viên giám định y khoa hoặc nhân viên nhà tang lễ khi một cá nhân qua đời.</li> </ul>
<b>Xử lý các yêu cầu liên quan đến bồi thường cho người lao động, cơ quan thực thi pháp luật và các cơ quan chính phủ khác</b>	<p>Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe về quý vị:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liên quan đến yêu cầu bảo hiểm bồi thường cho người lao động</li> <li>• Nhằm mục đích thực thi pháp luật hoặc cho những nhân viên thực thi pháp luật</li> <li>• Với các tổ chức giám sát y tế nhằm thực hiện các hoạt động được luật pháp cho phép</li> <li>• Nhằm phục vụ các nhiệm vụ đặc biệt của chính phủ, bao gồm quốc phòng, an ninh quốc gia và lực lượng bảo vệ tổng thống</li> </ul>
<b>Phản hồi các vụ kiện và thủ tục pháp lý</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe về quý vị khi có lệnh của tòa án, lệnh hành chính hoặc trật đòi hầu tòa</li> </ul>

## Trách Nhiệm của Chúng Tôi

- Theo quy định của pháp luật, chúng tôi bắt buộc phải duy trì quyền riêng tư và đảm bảo an toàn cho thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị
- Chúng tôi sẽ thông báo kịp thời cho quý vị nếu xảy ra trường hợp vi phạm có thể ảnh hưởng đến quyền riêng tư hoặc tính bảo mật thông tin của quý vị
- Chúng tôi phải tuân thủ các nghĩa vụ và quy định về cách bảo vệ quyền riêng tư được nêu trong thông báo này, đồng thời cung cấp cho quý vị một bản sao

- Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị ngoài phạm vi đã nêu trong tài liệu này, trừ khi quý vị cho phép bằng văn bản. Nếu cho phép, quý vị có quyền đổi ý bất cứ lúc nào. Hãy thông báo cho chúng tôi bằng văn bản nếu quý vị muốn đổi ý.

Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập trang: [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html)

### **Cách chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị**

Chương Trình Bảo Hiểm cam kết bảo vệ PHI của quý vị. Chúng tôi giữ PHI của các hội viên hiện tại và trước đây của chúng tôi riêng tư và an toàn theo yêu cầu của luật pháp và các tiêu chuẩn công nhận. Chúng tôi tuân theo các quy trình sau để bảo vệ PHI của quý vị:

- Chúng tôi sử dụng các biện pháp bảo vệ vật lý và điện tử.
- Chúng tôi thường xuyên đào tạo nhân viên của mình về cách sử dụng và chia sẻ PHI một cách thích hợp.
- Chúng tôi bảo vệ văn phòng cũng như khóa bàn làm việc và tủ hồ sơ của mình.
- Chúng tôi bảo vệ máy tính và thiết bị điện tử của mình bằng mật khẩu và chỉ cấp quyền truy cập vào PHI cho nhân viên cần sử dụng PHI để thực hiện công việc của họ.
- Đối Tác Kinh Doanh của chúng tôi cũng được yêu cầu bảo vệ quyền riêng tư của bất kỳ PHI nào mà chúng tôi chia sẻ với họ và họ không được phép cung cấp PHI cho người khác trừ khi được pháp luật cho phép và theo Thông Báo về Các Biện Pháp Đảm Bảo Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

### **Thay Đổi đối với Điều Khoản trong Thông Báo này**

Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản trong thông báo này và những thay đổi đó sẽ áp dụng đối với toàn bộ thông tin mà chúng tôi đang có về quý vị. Thông báo mới sẽ được cung cấp khi quý vị yêu cầu, đăng trên trang web của chúng tôi và được gửi qua bưu điện đến quý vị.

### **Thông Báo về Các Biện Pháp Đảm Bảo Quyền Riêng Tư này áp dụng đối với:**

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

Hãy liên hệ với Phòng Dịch Vụ Khách Hàng nếu có bất kỳ câu hỏi hoặc lo ngại nào về quyền riêng tư tại [piu@hpsj.com](mailto:piu@hpsj.com) hoặc gọi đến số **1-888-936-PLAN (7526) TTY 711** (Medi-Cal) hoặc **1-888-361-PLAN (7526)** (D-SNP), hoặc truy cập [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

### **Để Biết Thêm Thông Tin**

Vui lòng liên hệ với chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao thông báo này bằng các ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng khác, chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn hoặc chữ nổi Braille.

Ngày hiệu lực của thông báo này là ngày 1 tháng 11 năm 2025.