

保険非加入者医療プログラム(Uninsured Care Programs) のプライバシー慣行に関する通知

本通知では、あなたに関する医療情報がどのように使用および開示されるか、またあなたがその情報にアクセスする方法について説明しています。注意深く確認してください。

連邦法およびニューヨーク州法に基づき、保険非加入者医療プログラム (Uninsured Care Programs) は、あなたの保護医療情報 (Protected Health Information) である医療情報、請求情報、あなたに関してなされる決定に使用される情報などについてプライバシーを保護すること、および本通知の条件に従うことが義務付けられています。各プログラムに対し提供される健康関連情報および個人識別情報は、極秘に扱われます。

また保険非加入者医療プログラムは、保険非加入者医療プログラムが保有する、あなたの保護医療情報を、保険非加入者医療プログラムがどのように使用および提供 (開示) するかを通知するために、本通知を渡すことも義務付けられています。保険非加入者医療プログラムがあなたの保護医療情報の使用および提供方法に変更を加えた場合、新しい通知が郵送で届けられます。プログラムのスタッフは、あなたの機密保持とプライバシーに対するニーズを認識しており、プログラムの管理に必要な場合にのみ個人情報を開示します。

保険非加入者医療プログラムは、以下の場合には、あなたの健康関連情報を使用および提供しなければなりません。

- あなた、またはあなたを代理する法的権利を持つ人 (たとえば、あなたの医療代理人、またはあなたが署名した特定の承諾書で指定された人) に提供する場合。
- 必要に応じて、あなたのプライバシーが保護されていることを確認するためにニューヨーク州保健局長官 (Commissioner of Health) および連邦公民権局 (Federal Office of Civil Rights) に提供する場合。
- 法律で特に義務付けられている場合 (例えば、医療監視活動など)。

保険非加入者医療プログラムは、あなたからの許可を得た上で、例えば以下のような場合に、あなたの保護医療情報を使用し、提供することがあります。

- あなたの医療費の支払いをするため、またあなたにカスタマーサービスを提供するため、またあなたからの苦情の解決するため、また保険非加入者医療プログラムを運営するため、など。
- 医療サービスに対する請求の支払いまたは拒否、または監査、およびあなたが得た福祉給付金の調整のため。
- あなたの指定に応じて、健康保険料を支払うため、またMedicaidを含む他の保険会社に請求するため。
- 通常の業務運営をサポートする当プログラムの運営関係者に提供するため。たとえば、あなたの情報を機密に保つことに同意する場合に限り、外部監査人など。
- 健康または安全に対する深刻かつ差し迫った脅威を回避するため。
- 保険非加入者医療プログラムに基づく新規のまたは変更された給付金についてあなたに連絡するため。
- 新しい治療情報について連絡したり、コメントを求めたりするため。

保険非加入者医療プログラムによって保持される情報には次のものが含まれます。

- プログラム登録申請書。
- 医療提供者によって記入された医療申請書。
- 請求および支払い情報 (最長で7年間のみ)。
- 医薬品または医療サービスの事前承認に関して医療提供者によって提出された医療情報。

法律により、あなたは次の権利を有します。

- 通知の紙のコピー、または保険外医療プログラムが保有する保護医療情報のコピーを確認および入手すること。医療情報の要求が拒否された場合、あなたにはその拒否の見直しを求める権利があります。
- 保護医療情報の修正を要求すること。保険非加入者医療プログラムがあなたの要求に同意しない場合（たとえば、情報が正しい場合など）、保護医療情報に同意しない旨の声明を追加することができます。
- 保険非加入者医療プログラムから保護医療情報を受け取った者のリストを取得すること。このリストには、あなたの医療ケア、健康保険、または保険非加入者医療プログラムの運営に支払うために提供された保護医療情報は含まれません。
- 保険非加入者医療プログラムに、別の方法または別の場所で連絡するよう依頼するため（たとえば、自宅の住所ではなく私書箱に資料を送付するなど）。
- 保険非加入者医療プログラムに対し、請求への支払いや保険非加入者医療プログラムの運営のために保護医療情報を使用および提供される方法を制限するよう依頼すること。（保険非加入者医療プログラムがあなたの要請に応じられない場合もあることにご留意ください。）
- 保護医療情報のプライバシーまたは安全性が侵害された場合に通知を受け取ること。
- あなたは、電子的に保管される保護医療情報の電子コピーを取得する権利を有します。電子情報が要求された書式や形式で容易に作成できない場合、その情報は、保険非加入者医療プログラムとあなたとの合意に従って、代替の読み取り可能な書式および形式で提供されます。

法律により、保険非加入者医療プログラムが本通知に記載されていない目的であなたの保護医療情報を使用または提供する場合、あなたの書面による許可「承認」を得なければなりません。書面による取り消し通知を送ることによって、いつでも書面による承認を取り消す（無効にする）ことができます。

当プログラムに関する詳細情報の入手や権利の行使には、以下Albanyの電話番号のプライバシーオフィス(Privacy Office)に電話するか、www.health.state.ny.usにてサイト内の情報を参照してください。あなたが、保険非加入者医療プログラムが本通知に記載されているプライバシー権を侵害していると考えた場合、保険非加入者医療プログラムへの苦情を以下のいずれかの住所に送ることができます。

Privacy Officer	Office of Civil Rights
Empire Station	Department of Health and Human Services
P.O. Box 2052	Jacob Javits Federal Building
Albany, New York 12220	26 Federal Plaza Suite 3312
電話 (518) 459-1641	New York, New York 10278
(844) 682-4058	電話 (212) 264-3313
(800) 542-2437	Fax (212) 264-3039
聴覚障害者用通信	
(518) 459-0121	

苦情の提出によって、あなたに対して何らかの不利益な措置が与えられたり、その対象となったりすることはなく、また保険非加入者医療プログラムによるプログラムを受ける資格に影響が及ぶこともありません。

このプライバシー通知は、インターネットにより以下のアドレスからも入手することができます。
www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/hipaa.htm

詳細については、保険非加入者医療プログラム（電話番号は以下のとおり）までお問い合わせください。
1-800-542-2437 1-844-682-4058