

이 고지서는 귀하의 의료 정보 사용 및 공개 방식과
이러한 정보에 액세스할 수 있는 방법을 설명합니다.
주의 깊게 읽어주시시오.

뉴욕 Medicaid 프로그램에서는 의무적으로 귀하의 건강 정보를 사용, 공유 및 보호하는 방법을 고지해야 합니다. 뉴욕 Medicaid 프로그램에는 정식 Medicaid 및 Medicaid 관리형 의료가 포함됩니다. 이 프로그램은 뉴욕주 보건부(New York State Department of Health)와 지역 사회복지부(Local Departments of Social Services)에서 관리합니다.

귀하의 건강 정보는 비공개 정보입니다.

Medicaid는 귀하의 정보를 비공개로 유지하고 이 고지서의 개인정보 보호정책에 따라 필요할 때만 정보를 공유해야 합니다. Medicaid는 에이즈(HIV/AIDS) 또는 약물과 알코올 서비스를 받는 사람의 명단을 특별히 보호해야 합니다.

뉴욕 Medicaid 프로그램은 어떤 건강 정보를 보유하고 있습니까?

Medicaid를 신청할 때 귀하는 저희 측에 건강 상태에 관한 정보를 제공했을 수 있습니다. 의사, 클리닉, 병원, 관리 의료 보험 및 기타 의료 기관이 수가를 청구할 때도 귀하의 건강, 치료 및 약물 처방에 대한 정보를 수집합니다.

뉴욕 Medicaid 프로그램은 건강 정보를 어떻게 사용하고 공유합니까?

다음과 같은 경우에는 귀하의 건강 정보를 공유해야 합니다.

- 귀하 또는 귀하의 대리인이 건강 정보를 요청하는 경우.
- 정부 기관이 법에서 허용한 용도(예: 감사)에 따라 정보를 요청하는 경우.
- 이때 Medicaid는 정보를 공유해야 할 법적 의무가 있습니다.

귀하는 Medicaid 신청 시 의료 수가를 지급하고 프로그램을 운영하기 위해 귀하의 정보를 사용하고 공유할 권리를 뉴욕 Medicaid 프로그램에 부여합니다. 예를 들어, Medicaid는 다음과 같이 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다.

- 의사, 병원 및/또는 의료 기관에 수가를 지급하기 위해.
- 귀하가 양질의 의료를 받고 모든 규정 및 법률을 준수하기 위해.

귀하의 건강 정보를 다음과 같은 목적으로 검토할 수 있습니다.

- 귀하가 적절한 의료 시술 또는 의료 장비를 받았는지 확인.
- 귀하에게 중요한 의료 혜택 변경 사항 고지.
- 귀하가 적절한 의료 보험 프로그램에 등록되어 있는지 확인.
- 다른 보험사에서 보험금 수납.
- Medicare 파트 D 또는 다른 경제적인 보험 프로그램에 가입할 수 있는지 자격 확인.

또한, 특수한 상황에서 다음과 같은 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용하고 공유할 수 있습니다.

- **의료 연구.** 의료를 개선할 방법을 모색하기 위해 소비자 다수의 건강 정보를 연구할 수 있습니다.
- **연방 및 주 법률에 따라** 귀하 또는 귀하의 지역 공동체에 대한 중증 또는 안전 문제를 예방하거나 이에 대응.

그 외의 다른 용도로 정보를 사용하거나 공개하려면 서면 동의가 필요합니다.

- **정신과 치료 기록.**
- **보조금이 적용되는 치료 홍보 등을 포함하여** 보호되는 건강 정보를 마케팅 목적으로 사용 및 공개.
- **보호되는 건강 정보 판매에** 해당하는 공개.

법적 의무 사항이 아닐 경우, 이 고지서에서 언급하지 않은 다른 용도로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유하려면 귀하의 서면 허가가 필요합니다.

귀하의 권리

귀하 또는 귀하의 대리인은 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 이 고지서의 인쇄 사본을 받을 수 있습니다.
- 귀하의 건강 정보 사본을 보거나 받을 수 있습니다. 귀하의 요청이 거부될 경우, 이러한 거부를 검토할 권리가 있습니다.
- 건강 정보 변경을 요청할 수 있습니다. Medicaid는 모든 요청을 검토하지만 의사, 클리닉, 병원 또는 기타 의료 기관이 발송한 청구서를 변경할 수는 없습니다.
- 귀하의 정보에 대한 사용 및 공유 방식을 제한하도록 요청할 수 있습니다. Medicaid는 모든 요청을 검토하지만, 공개가 법적인 의무 사항이 아닐 경우 귀하의 요청에 응하지 않을 수 있습니다.
- 의료 정보와 관련된 안내를 다른 방식으로 전달하도록 요청할 수 있습니다(예를 들어, 우편을 다른 주소로 보내도록 요청).
- 귀하가 지정한 대상자에게 귀하의 건강 정보를 공유하도록 허가하는 특별 양식을 요청할 수 있습니다. 정보가 아직 공유되지 않았을 경우, 언제든지 허가를 취소할 수 있습니다.
- 귀하의 건강 정보를 받은 수신자 리스트를 확인할 수 있습니다. 이 리스트에는 귀하 또는 귀하의 대리인이 요청한 건강 정보, 뉴욕 Medicaid 프로그램 운영에 사용한 정보 또는 법률 집행 목적으로 제공된 정보를 포함하지 않습니다.
- 안전이 보장되지 않은 보호된 개인 정보가 유출될 경우 알림을 받을 수 있습니다.

본 고지서의 전자 사본은 뉴욕시 인사관리부(New York City Human Resources Administration) 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다 (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf).

뉴욕주 보건부 웹사이트에서 다른 버전을 확인하실 수도 있습니다 (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm).

***민원을 제기하더라도 부당한 처우를 받지 않습니다.**
본 고지서의 정보가 변경될 경우 다음 웹사이트에 수정 버전을 게시할 것입니다.

(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)

의학적 또는 정신적 상태나 장애가 있으십니까? 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요 사항을 수행하기 어려우십니까? 이러한 상태로 인해 HRA 에서 기타 서비스를 받기 어려우십니까? **저희가 도와드리겠습니다. 888-692-6116** 번으로 전화하십시오. HRA 사무소를 방문하실 때 도움을 요청하셔도 됩니다. 해법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.