

본 통지서에는 귀하에 관한 의료 정보를 사용하고 공개하는 방법과 귀하가 해당 정보에 접근할 수 있는 방법이 나와 있습니다. 신중히 검토해 주십시오.

뉴욕 Medicaid 프로그램은 귀하의 건강 정보를 사용, 공유, 보호하는 방법을 통보해야 합니다. 뉴욕 Medicaid 프로그램에는 일반 Medicaid 및 Medicaid 관리형 케어가 포함됩니다. 이 프로그램은 뉴욕주 보건부와 각 지역 사회복지부에서 관리합니다.

귀하의 건강 정보는 기밀입니다.

본 기관은 귀하의 정보를 기밀로 유지해야 하며 필요한 경우에만 귀하의 정보를 공유하고 이 통지에 나온 프라이버시 관행을 준수해야 합니다. 본 기관은 HIV/AIDS 또는 약물 및 알코올 서비스를 받는 개인의 성명을 보호하기 위해 특별한 주의를 기울여야 합니다.

**뉴욕 Medicaid 프로그램은 어떤 건강 정보를 보유하고 있습니까?**

Medicaid에 등록하면 귀하의 건강에 대한 정보를 기관에 제공하게 될 수 있습니다. 의사, 클리닉, 병원, 관리 진료 계획, 기타 의료서비스 제공자가 지급을 위해 청구서를 보내는 경우, 기관은 귀하의 건강, 치료, 약물에 대한 정보를 얻게 됩니다.

**뉴욕 Medicaid 프로그램은 건강 정보를 어떤 방식으로 사용 및 공유합니까?**

건강 정보를 반드시 공유해야 하는 사례

- 귀하 또는 귀하의 대리인이 건강 정보를 요청하는 경우.
- 감사 등 정부 기관에서 법에 따라 허용되는 정보를 요청하는 경우.
- 법률에 따라 정보 공유가 필요한 경우.

Medicaid 신청서에서 귀하는 뉴욕 Medicaid 프로그램이 치료비를 지불하고 프로그램을 운영할 수 있도록 귀하의 건강 정보를 사용 및 공유할 권리를 제공했습니다. 예를 들어 본 기관은 다음 목적으로 정보를 사용 및 공유합니다.

- 의사, 병원 및/또는 의료서비스 제공자 청구서 지급.
- 귀하가 고품질 건강 관리를 받고 모든 규정 및 법률이 준수되는지 확인.

귀하의 건강 정보를 검토할 수 있는 사례

- 귀하가 올바른 처치 또는 치료 장비를 받았는지 확인하기 위한 목적.
- 귀하의 건강 혜택에 발생한 중요한 변경 사항에 대해 고지하기 위한 목적.
- 귀하가 올바른 건강 프로그램에 등록되었는지 확인하기 위한 목적.
- 기타 보험회사로부터의 대금 회수 목적.

- 귀하에게 경제적으로 더 실속 있는 Medicare Part D 또는 기타 보험 프로그램에 대한 자격 결정 목적.

또한 제한된 조건 하에서 다음 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용 및 공유할 수 있습니다.

- **건강 관리 연구 목적.** 더욱 개선된 건강 관리를 제공할 방법을 찾기 위해 여러 소비자의 건강 정보를 검토할 수 있습니다.
- **연방 및 주법에 따라 허용되는 한도에서 귀하 또는 귀하의 커뮤니티의 심각한 건강 또는 안전 문제를 예방 또는 대응할 목적.**

다음과 같은 기타 사용 및 공개에는 귀하의 서면 승인이 필요합니다.

- **정신 치료 기록.**
- **보조금 지급 대상 치료에 대한 알리를 포함하여 마케팅 목적의 보호 대상 의료 정보 사용 및 공개.**
- **보호 대상 의료 정보의 판매에 해당하는 공개.**

본 기관에 적용되는 법률에 따라 그렇게 해야 하는 경우가 아닌 이상, 이 통지에 언급되지 않은 모든 목적에 대한 귀하의 건강 정보 사용 또는 공유에 대해서는 귀하의 서면 허가가 필요합니다.

## 나의 권리 알기

귀하 또는 귀하의 대리인은 다음과 같은 권리를 갖습니다.

- 이 통지의 서면 사본을 획득할 권리.
- 건강 정보의 사본을 확인 또는 획득할 권리. 요청이 거부되는 경우, 귀하는 거부를 검토할 권리가 있습니다.
- 건강 정보 변경을 요청할 권리. 기관은 모든 요청을 검토하나 의사, 클리닉, 병원, 기타 의료서비스 제공자가 귀하에게 전송한 청구서는 변경할 수 없습니다.
- 기관에서 귀하의 정보를 사용 및 공유하는 방식을 제한하라고 요청할 권리. 기관은 모든 요청을 검토하나 법에 따라 공개해야 하는 경우를 제외하고 귀하의 요청에 동의할 의무는 없습니다.
- 다양한 방식으로 귀하의 치료 정보에 대해 귀하에게 연락할 것을 요청할 권리(예: 다른 주소로 우편 발송 요청).
- 귀하가 선택한 모든 사람과 귀하의 건강 정보를 공유하는 것을 허용하는 귀하의 서명이 필요한 특별 양식을 요청할 권리. 정보가 이미 공유되지 않은 한, 귀하는 언제든지 허가를 철회할 수 있습니다.
- 귀하의 건강 정보를 받는 이의 목록을 요청할 권리. 이 목록에는 귀하 또는 귀하의 대리인이 요청한 귀하의 건강 정보, 뉴욕 Medicaid 프로그램 운영에 사용되는 정보, 법률 집행 목적으로 제공되는 정보가 포함되지 않습니다.
- 보호 대상 의료 정보에 대한 위반이 발생하는 경우 통지를 받을 권리.

이 통지서의 전자 사본을 보려면 뉴욕시 인적자원관리국(New York City Human Resources Administration) 웹사이트를 참조하십시오([https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)). 대체 버전을 확인하려면 뉴욕주 보건부 웹사이트를 방문하십시오([https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm)).

**\*민원 제기에 대한 불이익은 없습니다. 본 통지서의 정보를 변경하는 경우 아래 웹사이트에 수정된 버전을 게시합니다.**

([https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf))

**의학적 또는 정신적 질환이나 장애가 있으십니까?** 이러한 질환으로 인해 본 통지서를 이해하거나 본 통지서의 요청 사항을 수행하는 데 어려움이 있으십니까? 이러한 질환으로 인해 HRA에서 제공하는 기타 서비스를 받는 데 어려움이 있으십니까? **저희가 도와드리겠습니다.** 888-692-6116번으로 전화하십시오. 또한 HRA 사무실 방문 시 도움을 요청할 수 있습니다. 귀하에게는 법률에 따라 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.