

# 개인정보 보호정책 고지문



본 고지문은 귀하에 관한 의료, 치과 및 시력 정보의 사용 및 공개 방법과 귀하가 이러한 정보를 이용할 수 있는 방법에 대해 설명합니다. 본 문서를 주의 깊게 검토하십시오.

L.A. Care Health Plan (L.A. Care)이라는 명칭으로 운영되고 사업을 수행하는 공공 기관인 로스앤젤레스 카운티 지역 이니셔티브 보건 당국은 주(Local Initiative Health Authority for Los Angeles County), 연방 및 상업 프로그램을 통해 귀하께 건강 관리 혜택과 보험을 제공합니다. 귀하의 비공개 건강 정보 (Protected Health Information, PHI)를 보호하는 것은 저희에게 중요합니다. L.A. Care는 귀하의 권리 및 귀하의 PHI를 안전하게 유지하기 위한 당사의 일부 책임에 대한 본 고지문을 귀하에게 제공해야 하며, 이는 캘리포니아 주 정책 고지 및 건강 보험 양도 및 책임에 관한 법 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)의 정책 고지가 포함됩니다. 본 고지문은 당사가 귀하의 PHI를 어떻게 사용하고 공유하는지에 대해 설명합니다. 또한 그에 대한 귀하의 권리를 설명합니다. 주 법에 따라 귀하에게는 추가적이거나 더 엄중한 개인 정보보호법에 대한 권리가 있을 수 있습니다.

## I. 귀하의 PHI는 개인적인 것이며, 비공개 자료입니다.

L.A. Care는 귀하가 L.A. Care 프로그램에 대한 자격을 갖게 되고, 할당되어 등록하게 된 후, 주, 연방 및 지역 기관과 같은 여러 출처로부터 귀하의 이름, 연락처 정보, 개인적 사실 및 금융 정보와 같이 귀하를 식별할 수 있는 PHI를 받게 됩니다. 또한 저희는 귀하가 당사에 제공한 PHI도 받게 됩니다. 또한 저희는 의사, 진료소, 병원, 실험실 및 다른 보험회사 또는 지불자와 같은 의료 제공자들로부터 PHI를 받습니다. 저희는 이러한 정보를 귀하의 건강 관리에 대한 조정, 승인, 지불 및 개선에 사용하며, 또한 귀하와 연락을 취하는 데에도 사용합니다. 저희는 귀하의 유전 정보를 사용하여 귀하에게 의료 보험을 제공할지 여부 또는 보험 비용을 결정할 수 없습니다. 때때로 당사는 귀하에 대한 인종, 민족 및 언어 정보를 받을 수 있습니다. 저희는 이 정보를 사용하여 귀하를 돕고, 소통하며, 귀하가 선호하는 언어로 교육 자료를 제공하고 무료로 통역 서비스를 제공하는 등 귀하에게 필요한 사항을 확인할 수 있습니다. 저희는 해당 정보를 본 고지문에 명시된 대로 사용하고 공유합니다. 저희는 이 정보를 귀하에게 의료 보험을 제공할 지 여부를 결정하거나 또는 보험 비용을 결정하기 위해 사용하지 않습니다.

## II. 당사의 PHI 보호 방법

L.A. Care는 귀하의 PHI를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 저희는 현재 및 이전 가입자의 PHI를 법률과 인증 표준에서 요구하는 대로 비공개로 안전하게 유지합니다. 이를 위해 저희는 물리적 및 전자적 보호 장치를 사용하고 있으며, 직원은 PHI의 사용 및 공유에 대해 정기적으로 교육을 받고 있습니다. PHI를 안전하게 유지하는 몇 가지 방법에는 사무실 및 책상 잠금, 서류 캐비닛, 컴퓨터 및 전자 장치를 암호로 보호하고 직원이 업무를 수행하는 데 필요한 정보에만 액세스할 수 있는 권한을 부여하는 것이 포함됩니다. 저희의 비즈니스 파트너도 협업 시 자신들과 공유된 모든 PHI의 개인정보를 보호해야 하며, 법과 본 고지에서 허용하는 경우를 제외하고 다른 이에게 해당 PHI를 제공할 수 없습니다. 법률에서 요구하는 바에 따라, 저희는 귀하의 보안되지 않은 PHI에 대한 위반사항이 있는지에 대해 알려드릴 것입니다. 저희는 본 고지문을 따를 것이며, 본 고지문에 설명되어 있지 않거나 주 및 연방법에 따르지 않거나 또는 귀하의 허락에 따르지 않고 귀하의 정보를 사용하거나 공유하지 않을 것입니다.

### III. 개인정보 보호정책 고지문 변경 사항

L.A. Care는 현재 사용 중인 고지문을 준수해야 합니다. 저희는 언제든지 본 개인정보 보호정책 고지문을 변경할 권리가 있습니다. 모든 변경 사항은 귀하의 모든 PHI에 적용되며, 이에는 변경사항이 적용되기 전에 받은 PHI가 포함됩니다. 이 고지문의 내용을 변경하는 경우, 저희는 소식지, 서신 또는 당사 웹 사이트를 통해 귀하에게 알려드립니다. 새로운 통지의 사본을 요청하실 수도 있습니다. 연락 방법은 아래를 참조하십시오.

### IV. 당사가 귀하에 대한 PHI를 사용 및 공유하는 방법

L.A. Care는 귀하가 등록한 프로그램과 관련된 치료, 지불 및 건강 관리 운영을 위해 법이 허용하는대로 PHI를 수집, 사용 또는 공유합니다. 저희가 사용하고 공유하는 PHI에는 다음이 포함되며, 내용은 이에만 국한되지 않습니다.

- 이름;
- 주소;
- 받은 진료와 치료;
- 병력; 및
- 치료 비용/지불.

#### 당사가 일반적으로 PHI를 사용 및 공유하는 방법:

저희는 일반적으로 다음과 같은 방식으로 PHI를 사용하고 공유합니다.

- **치료:** 저희는 치료를 제공하지 않습니다. 하지만 의사, 병원, 내구성 의료장비 공급업체 및 기타 서비스 제공 업체와 같은 의료 및 기타 서비스 제공자가 귀하에게 치료, 치료 및 기타 서비스와 정보를 제공하여 귀하를 도울 수 있도록 PHI를 사용하고 공유할 수 있습니다.
- **지불:** 저희는 지불 요청을 처리하고 귀하에게 제공된 의료 서비스에 대해 지불하기 위해 의료 제공자, 서비스 제공자 및 기타 보험사 및 지불인과 PHI를 사용하고 공유할 수 있습니다.
- **건강 관리 운영:** 조직을 운영하고 필요한 경우 귀하에게 연락을 취하기 위해 PHI를 사용 및 공유할 수 있습니다. 예를 들어 감사, 품질 개선, 치료 관리, 치료 조정 및 일상적인 기능을 위해서 그렇게 할 수 있습니다. 또한 주, 연방 및 카운티 프로그램과 프로그램 참여 및 관리 목적을 위해 PHI를 사용하고 공유할 수 있습니다.

### 당사가 PHI를 사용하는 방법의 몇 가지 예:

- 귀하의 혜택, 코페이먼트 또는 공제액을 확인하기 위해 의사나 병원에 정보를 제공하기 위해.
- 진료의 사전 승인을 위해.
- 귀하가 받은 의료 서비스 및 치료에 대한 청구를 처리하고 지불하기 위해.
- 의사나 병원이 귀하를 치료할 수 있도록 PHI를 제공하기 위해.
- 귀하가 받는 치료 및 서비스의 질을 검토하기 위해.
- 귀하를 돕고 교육 및 건강 개선 정보와 서비스를 제공하기 위해 (예: 당뇨병과 같은 건강 상태).
- 귀하가 관심을 가질 수 있거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 서비스 및 프로그램을 알리기 위해 (예: L.A. Care 가족 지원 센터의 피트니스 수업).
- 정기 건강 평가, 검진 또는 검진을 받도록 상기시키기 위해.
- HIPAA에서 허용하는대로 익명화된 데이터를 생성, 사용 또는 공유하는 것을 포함한 품질 개선 프로그램 및 이니셔티브를 개발하기 위해.
- 치료, 지불 및 건강 관리 운영 목적으로, 건강 정보 교환을 통해 직접 또는 간접적으로 정보를 사용하고 공유하기 위해.
- 사기, 낭비 또는 남용과 같은 사건의 조사 및 기소에서.

### V. 당사가 PHI를 사용 및 공유할 수 있는 기타 방법

저희는 일반적으로 공중보건 및 연구와 같은 공익에 기여하기 위해 다른 방식으로 귀하의 PHI를 공유하도록 허용되거나 요구됩니다. 저희는 다음과 같은 추가적인 목적을 위해 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다.

- 주, 연방 또는 지역 법률을 준수하기 위해.
- 경찰, 군대 또는 국가 안보기관이나 연방, 주와 같은 법 집행 기관, 또는 근로자 보상위원회와 같은 지방 정부 기관이나 단체, 또는 법률 및 법원 또는 행정 명령에 의해 승인된 활동을 위한 보건 감독기관의 요청을 준수하기 위해.

- 보건 사회복지부가 저희가 연방 개인정보 보호법을 준수하고 있는지 확인하려는 경우, 이에 응답하기 위해.
- 제품 리콜을 지원하기 위해.
- 약물에 대한 부작용 보고를 위해.
- 법이 요구하거나 허용하는 바에 따라 의심되는 학대, 방치 또는 가정 폭력에 대한 신고를 위해.
- 건강 관리 연구를 위해.
- 장기 및 조직 기증 요청에 응답하고 검사관 또는 장의사와 협력하기 위해.
- 불만, 조사, 소송 및 법적 조치와 관련하여.
- 다른 사람의 건강 또는 안전에 대한 심각한 위협을 예방하거나 줄이기 위해.

## VI. 귀하와의 의사 소통

당사는 PHI를 사용하여 혜택, 서비스, 의료 제공자 선택 및 청구 및 지불에 대해 귀하 또는 귀하가 지명한 사람과 연락할 수 있습니다. L.A. Care는 귀하와의 의사소통에 있어 전화 소비자 보호법(Telephone Consumer Protection ACT, TCPA)을 포함한 관련 법률을 준수합니다. 저희는 편지, 소식지, 팸플릿 및 다음을 통해 귀하와 연락을 취할 수 있습니다.

- **전화.** 귀하가 휴대전화번호를 포함한 귀하의 전화 번호(보호자 또는 지명한 사람이 전화번호를 제공한 경우 포함)를 저희에게 제공한 경우, 당사와 당사의 계열사 및 하도급 업체는 당사를 대표하여 관련 법률에 따라 자동전화 다이얼링 시스템 및/또는 인공 음성을 사용하여 귀하에게 전화를 걸 수 있습니다. 이동 통신사에서 전화 수신에 대해 요금을 부과할 수 있습니다. 해당 정보는 귀하의 이동 통신사에 문의하십시오. 이러한 방식으로 연락을 받고 싶지 않은 경우, 발신자에게 알리거나 당사에 연락하여 수신거부의사 등록 목록에 등록하십시오.
- **문자 메시지 발송.** 귀하가 귀하의 휴대전화 번호(보호자 또는 지명한 사람이 전화번호를 제공한 경우 포함)를 제공한 경우, 당사와 당사의 계열사 및 하도급 업체는 당사를 대표하여 관련 법률에 따라 알림, 치료 옵션, 서비스 및 보험료 지불 알림 또는 확인과 같은 특정 목적을 위해 귀하에게 문자 메시지를 보낼 수 있습니다. 이동 통신사에서 문자 메시지 수신에 대해 요금을 부과할 수 있습니다. 해당 정보는 귀하의 이동 통신사에 문의하십시오. 문자 메시지 수신을 원하지 않는 경우, 메시지의 수신 거부 정보를

따르거나 “STOP”(중지) 으로 답장하여 해당 메시지 수신을 중지하십시오.

- **이메일.** 귀하가 귀하의 이메일 주소(보호자 또는 지명한 사람이 전화번호를 제공한 경우 포함)를 제공한 경우, 귀하가 등록, 가입자, 의료 제공자 및 교육 자료 또는 지불 알림 또는 확인을 보내는 것과 같은 정보의 전자적 수신에 동의하는 경우 귀하에게 이메일을 보낼 수 있습니다. 인터넷이나 이메일 또는 모바일 휴대 전화 제공 업체에서 이메일 수신에 요금을 부과할 수 있습니다. 해당 정보는 귀하의 인터넷이나 이메일 또는 이동 통신제공업체에 문의하십시오. 귀하는 암호화되지 않은 이메일 주소 및/또는 컴퓨터를 사용하거나 모바일 장치를 통해 이메일에 액세스하거나 이메일 또는 컴퓨터를 공유하는 경우, 또는 모바일 휴대 전화를 사용하는 경우 제 3자가 귀하의 PHI를 읽을 수 있는 위험이 있다는 것을 인정하고 동의하며, 귀하는 그러한 위험을 수락함으로써 법률에 따라 받을 수 있는 보호에 대한 권리를 면제합니다. 이메일 메시지 수신을 원하지 않는 경우, 메시지 하단의 “Unsubscribe” (수신 거부) 지침에 따라 이메일 수신을 중지하십시오.

## VII. 서면 허가

당사가 이 통지서에 명시되지 않은 목적으로 귀하의 PHI를 사용하거나 공유하려는 경우, 귀하의 서면 허가를 받아야 합니다. 예를 들어 마케팅 또는 판매를 위해 PHI를 사용하거나 공유하려면 귀하의 서면 허가가 필요합니다. 심리 치료 기록을 사용하거나 공유하는 경우에도 귀하의 허가가 필요할 수 있습니다. 귀하가 당사에 승인을 제공하는 경우, 귀하는 언제든지 서면으로 취소할 수 있으며 당사가 귀하의 요청을 처리한 날짜 이후에는 해당 목적을 위해 귀하의 PHI를 사용하거나 공유하지 않습니다. 그러나 당사가 귀하의 허가를 받아 귀하의 PHI를 이미 사용하거나 공유한 경우, 귀하가 귀하의 허가를 취소하기 전에 발생한 어떠한 조치도 취소할 수 없습니다.

## VIII. 가입자의 권리

귀하에게는 귀하의 PHI와 그 사용 또는 공유 방법에 대한 특정한 권리가 있습니다. 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **건강 및 청구 기록 사본을 수령할 권리.** 귀하에게는 PHI를 열람하거나 해당 정보에 대한 사본을 요청할 권리가 있습니다. 저희는 귀하의 건강 및 청구 기록의 사본 또는 요약물을 제공합니다. 법률에서 허용하는 범위 내에서 공개할 수 없는 정보와

기록이 있을 수 있으며, 일부 형식, 형식 또는 매체로 특정 정보를 제공하지 못할 수도 있습니다. 당사는 귀하의 PHI를 복사하고 우편으로 보내는데 합리적인 수수료를 부과할 수 있습니다.

L.A. Care는 귀하의 의료 기록의 전체 사본을 보관하지 않습니다. 귀하의 의료 기록을 보거나 사본을 얻거나 변경하려는 경우, 의료 제공자에게 연락하십시오.

- **건강 및 청구 기록의 수정을 요청할 권리.** PHI에 오류가 있다고 생각되면 수정을 요청할 수 있습니다. 의사의 진단과 같이 변경할 수 없는 정보가 있을 수 있습니다. 그 경우 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 의사와 같은 다른 사람이 저희에게 해당 정보를 제공한 경우, 저희는 귀하가 해당인에게 수정을 요청할 수 있도록 귀하께 알려드릴 것입니다.
- **기밀이 보장되는 방식으로 의사소통해 줄 것을 요청할 권리.** 특정 방식 (예: 집 또는 사무실 전화)으로 연락하거나 다른 주소로 메일을 보내도록 요청할 수 있습니다. 모든 요청에 동의할 수는 없지만, 당사는 합당한 요청에 응할 것입니다 (예: 그렇지 않으면 위험에 처하게 된다고 진술한 경우).
- **당사의 정보 사용 및 공유의 제한을 요청할 권리.** 귀하는 치료, 지불 또는 운영에 특정 건강 정보를 사용하거나 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 법에 따라 당사는 귀하의 요청에 동의할 필요가 없으며 귀하의 치료, 청구 지불, 주요 운영 또는 규칙, 규정, 정부 기관 요청, 법원 또는 행정 명령 또는 법 집행에 대한 불이행에 영향을 미치게 되는 경우 “아니오”라고 말할 수 있습니다.
- **귀하의 PHI를 공유한 사람들의 목록을 수령할 권리.** 귀하는 당사가 귀하의 건강 정보를 공유한 시간, 정보를 공유한 사람 및 이유에 대한 간략한 설명에 대한 목록(설명)을 요청할 수 있습니다. 저희는 요청하신 기간에 대한 목록을 제공해 드릴 것입니다. 법에 따라 저희는 귀하의 서면 요청일로부터 최대 이전 6년 동안의 목록을 제공할 것입니다. 치료, 지불 및 건강 보험 운영에 관한 내용을 제외한 모든 정보의 공개 및 귀하에게 공유하였거나 귀하의 허락을 받고 공유한 경우와 같은 특정 정보의 공개가 모두 포함될 것입니다. 저희는 1년에 한 번의 요청에 대해 무료로 서비스를 제공하지만, 추가 요청에 대해서는 합당한 비용을 청구할 수 있습니다.

- **본 개인정보 보호정책 고지문의 사본을 수령할 권리.** 귀하는 저희에게 전화하여 이 통지서의 종이 사본을 받을 수 있습니다.

- **대리할 사람을 선택할 권리.** 귀하가 누군가에게 의료 위임장을 주었거나 누군가 귀하의 법적 후견인인 경우, 해당인이 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 PHI에 관련된 선택을 할 수 있습니다. 당사는 귀하 또는 귀하가 지명한 사람에게 몇 가지 정보 및 문서를 제공하도록 요청할 수 있습니다 (예: 후견인으로서의 권리를 부여하는 법원 명령 사본). 귀하 또는 귀하의 후견인은 서면 승인서를 작성해야 합니다. 이를 수행하는 방법을 알아보려면 아래 번호로 문의하십시오.

귀하의 ID 카드에 있는 번호로 전화하거나 위의 요청 방법에 대해 편지를 보내주십시오. 서면으로 요청을 제출하고 특정 정보를 알려 주셔야 합니다. 양식을 보내드릴 수 있습니다.

## IX. 불만 제기

당사가 귀하의 PHI를 보호하지 않았다고 생각되는 경우, 귀하는 다음 주소로 당사에 연락하여 당사에 불만을 제기할 권리가 있습니다.

L.A. Care Member Services  
1055 West 7th Street, 10th Floor  
Los Angeles, CA 90017  
전화: **1.888.839.9909**  
TTY/TDD: **711**

### 또한 다음으로 연락하실 수 있습니다:

U.S. Department of Health and Human Services  
Office for Civil Rights  
Attention: Regional Manager  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
전화: **1.800.638.1019**  
팩스: **1.415.437.8329**  
TTY/TDD: **1.800.537.7697**  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

### Medi-Cal 가입자는 또한 다음으로 연락할 수 있습니다:

California Department of Health Care Services  
Office of HIPAA Compliance  
Privacy Officer  
1501 Capitol Avenue, MS0010  
P.O. Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413  
[www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)

## X. 주저없는 권리 행사

L.A. Care는 본 고지문의 개인정보 보호 권리를 사용하거나 불만을 제기한 것에 대해 귀하에게 어떠한 조치도 취하지 않습니다.

## XI. 효력 발생일

본 고지문의 최초 효력 발생일은 2003년 4월 14일입니다. 본 고지문은 가장 최근 개정일은 2019년 10월 1일입니다.

## XII. 연락이나 질의, 또는 이 고지문을 다른 언어나 형식으로 원하는 경우:

이 고지문에 대해 질문이 있거나, 또는 권리 적용에 도움이 필요하거나, 또는 이 고지문을 무료로 다른 언어 (아랍어, 아르메니아어, 중국어, 페르시아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어) 로 원하는 경우, 또는 큰 활자본, 오디오 또는 기타 대체 형식(요청시)으로 받으려면, 다음 번호로 전화하거나 다음 주소로 편지를 보내주십시오.

L.A. Care Member Services  
1055 West 7th Street, 10th Floor  
Los Angeles, CA 90017  
전화: **1.888.839.9909**  
TTY/TDD: **711**

또는

L.A. Care Privacy Officer  
L.A. Care Health Plan  
1055 West 7th Street, 10th Floor  
Los Angeles, CA 90017