

HIPAA 受保護健康資料私隱慣例通知

本通知向您敘述如何使用、披露及獲取個人醫療資料

請仔細閱讀

尊敬的 MetLife 客戶：

大都會人壽保險有限公司 (Metropolitan Life Insurance Company) 或 MetLife, Inc. 之成員公司，其中包括 SafeGuard Health Plans, Inc.、SafeHealth Life Insurance Company 以及 Delaware American Life Insurance Company (統稱為「MetLife」) 向您寄發本健康資料私隱通知。請仔細閱讀。您因參與了我們的牙科、視力、長期護理或健康保險 (您的「保險」) 而收到此通知。MetLife 恪守承諾，保障我們所收集與您相關資訊的保密性及安全性。本通知藉使用「我們」或「我們的」等詞語提述 MetLife。

本通知說明我們如何保護與您於 MetLife 保險承保範圍內相關的個人健康資料 (「受保護健康資料」或「PHI」)，以及我們如何使用及披露該資料。受保護健康資料 (PHI) 包括您過往、現在或未來健康、治療或醫療保健服務付款有關的個人身份識別資料。本通知亦將說明您於受保護健康資料 (PHI) 方面的權利以及如何行使該等權利。

根據健康保險流通與責任法案 (「HIPAA」)，我們須向您寄發本通知。有關我們 HIPAA 醫療資料私隱政策或一般私隱政策的其他資料，請參閱我們網站 www.metlife.com。您可於網站上向我們提出問題或可直接寫信至 MetLife, Americas – U.S. HIPAA Privacy Office, P.O. Box 902, New York, NY 10159-0902。

通知概要

以下為本 HIPAA 通知所涵蓋主題的簡明概要。請參閱以下通知全文，瞭解更多詳情。

在法律許可的情況下，我們可以使用和披露受保護健康資料 (PHI) 以用於：

- 支付、收取或托收款項；
- 進行醫療保健運作；

- 透過與聯屬公司和業務夥伴分享受保護健康資料 (PHI) 來管理福利；
- 協助計劃投保人管理其計劃；以及
- 通知可能參與或支付他人醫療保健費用的人士。

此外，我們還可以使用或披露受保護健康資料 (PHI) 於下述情況：

- 於法律要求下或公共衛生活動；
- 防止嚴重的健康或安全威脅；
- 健康相關的福利或服務；
- 執法或特定政府職能；
- 作為監管或法律程序規定的一部分；以及
- 向法醫、驗屍員及殯葬員披露有關死者的資料

您享有下述權利：

- 獲得本通知的副本；
- 查閱和複製您的受保護健康資料 (PHI)，或獲得您受保護健康資料 (PHI) 的副本；
- 如果您認為您的受保護健康資料 (PHI) 有誤，可以進行修改；
- 獲得我們所披露有關您的項目清單 (除治療、付款或醫療保健運作之外)；
- 要求我們限制因治療、付款或醫療保健運作而分享的資料；
- 要求我們採用機密的方式與您進行通訊；以及
- 如果您認為自己的私隱權受到侵犯，可向我們或美國衛生與公眾服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 投訴。

我們需依法：

- 維護受保護健康資料 (PHI) 的私隱；
- 向您發出本通知，告知我們就您受保護健康資料 (PHI) 所承擔的法律責任及執行的私隱慣例；
- 依據違反未確實受保護健康資料 (PHI) 規定，通知受影響的個人；以及
- 遵守本通知條款。

通知詳情

我們**保護**您的受保護健康資料 (PHI) 免遭不當使用或披露。我們的僱員及協助我們向您提供 MetLife 保險服務的相關公司必須遵守我們的規定，保障受保護健康資料 (PHI) 的機密性。上述人士僅在具有適當理由（例如，為了管理我們的產品或服務）情況下，方可查閱您的受保護健康資料 (PHI)。

除長期護理保險外，我們將**不會使用或披露**含有出於承保目的之遺傳資料的受保護健康資料 (PHI)。例如，我們不會使用源自個人或個人家人的遺傳測試（如 DNA 或 RNA 分析）的資料，這些測試用來確定您保險的參與資格、保費或供款金額。

我們**不會**將您的受保護健康資料 (PHI) **出售或披露**予任何其他公司，供其向您推銷產品之用。然而，如下文所述，我們將使用及披露您的受保護健康資料 (PHI)，以作與您保險承保範圍有關的商業用途。

我們可能**使用及披露**您受保護健康資料 (PHI) 的主要原因是為評估及處理任何承保申請，以及您所提出的福利索賠或就可能有利於您的其他健康福利或服務提出的有關福利索賠。以下範例說明上述內容以及其他用途和披露。

- **用於付款：**我們可以使用和披露受保護健康資料 (PHI) 以支付您保險所規定的福利。例如，我們可審查賠償申請所載受保護健康資料 (PHI)，以償付服務提供者。我們亦可向其他保險公司披露受保護健康資料 (PHI)，以整合有關特定賠償的福利。此外，我們可向健康計劃或僱員福利計劃的管理者披露受保護健康資料 (PHI)，以作各類付款相關用途，如資格審定、審核及審查或協助您解答疑問或解決爭議。
- **用於醫療保健運作：**我們亦可使用及披露受保護健康資料 (PHI)，以供我們的保險運作。該等用途包括評估我們產品或服務的需求、管理有關產品或服務，以及處理您提出的事務。
- **用於聯屬公司和業務夥伴：**如果聯屬公司及 MetLife 成員公司以外的業務夥伴需要獲取受保護健康資料 (PHI) 以向我們提供服務，

並同意受有關保護受保護健康資料 (PHI) 的指定 HIPAA 規則約束，我們可向其披露受保護健康資料 (PHI)。業務夥伴包括：付款公司、資料處理公司或提供一般管理服務的公司、健康資料機構、電子處方網關或向承保範圍內實體提供服務的個人健康記錄供應商。可出於承保、審核或賠償審查理由，向第二保險公司披露受保護健康資料 (PHI)。受保護健康資料 (PHI) 亦可作為涉及我們業務的潛在併購的一部分予以披露，以便各方就此交易作出知情的商業決策

- **用於計劃投保人：**我們可以向計劃投保人披露健康資料概要（如索賠情況或索賠金額）以使其獲取健康計劃提供的保費價格或修訂、修改或終止團體健康計劃。如果計劃投保人同意按照聯邦法律限制受保護健康資料 (PHI) 的用途及披露，我們則還可以向計劃投保人披露受保護健康資料 (PHI) 以協助管理其計劃。
- **用於參與您護理的單位：**我們可以將您的受保護健康資料 (PHI) 披露給家人或其他參與您醫療保健或為您醫療保健付款的人士。例如，我們可以將您的受保護健康資料 (PHI) 披露給承保範圍內的家人，您曾授權該家人就索賠付款事宜與我們聯絡
- **法律要求或用於公共衛生活動：**如聯邦、州或地方法律要求，我們可披露受保護健康資料 (PHI)。此類強制披露包括就特定傳染病知會州或地方衛生機構，或向政府機構或負責健康護理監察的監管機構提供受保護健康資料 (PHI)。
- **用於防止嚴重的健康或安全威脅：**我們可披露受保護健康資料 (PHI)，以防止個人健康或安全受到威脅。我們亦可向參與救災的聯邦、州或地方機構以及私人救災或災難救援機構披露受保護健康資料 (PHI)，以便該等機構在特定災情中履行職責。
- **用於健康相關的福利或服務：**我們可使用受保護健康資料 (PHI)，以提供您現有保險計劃承保範圍內或保單下有效福利的相關資訊，在有限情況下，提供可能有利於您的相關健康產品或服務。但在未經您授權的情況下，我們不會將您寄送營銷宣傳品作為對第三方提供財務報酬的交換。
- **用於執法或特定政府職能：**我們可應執法官員透過法令、傳召、手令、傳票或類似程式提出的要求披露受保護健康資料 (PHI)。我們可向聯邦官員披露您的受保護健康資料 (PHI)，以作情報、反情報及法律授權進行的其他全國性保安事務之用。

- **作為監管或法律程序規定的一部分：**倘您或您的產業牽涉法律訴訟或爭議，則我們可應法令或行政命令披露您的受保護健康資料 (PHI)。我們亦可應傳召、透露要求或其他合法程序披露您的受保護健康資料 (PHI)，但須已作出努力告知您有關要求或獲取命令，保護所需受保護健康資料 (PHI)。我們可向您曾遞交投訴或作為監管機構檢查一部分的任何政府機構或監管機構披露受保護健康資料 (PHI)。

- **有關死者的受保護健康資料 (PHI)：**我們亦可向驗屍官或法醫公開受保護健康資料 (PHI)，協助確認死者身份或確定死因。此外，我們可以將死者的受保護健康資料 (PHI) 披露給家人或參與護理死者或為死者支付護理費用的個人，除非此披露受保護健康資料 (PHI) 行為與我們所知道的死者生前表達的意願不一致。

- **受保護健康資料 (PHI) 的其他用途：**本通知未涵蓋而法律允許且適用於我們的受保護健康資料 (PHI) 的其他用途及披露，僅限於取得您或您法律代表的書面授權的情況。如我們獲授權使用或披露您的受保護健康資料 (PHI)，您或您的法律授權代表可透過書面形式隨時撤銷該授權，除非我們已倚賴該授權採取行動或該授權作為您所獲得保險範圍的條件。您應明白，我們無法撤銷在獲取授權情況下作出的任何披露。

您在我們所保存您的受保護健康資料方面的權利

根據 HIPAA，就您的受保護健康資料 (PHI) 而言，您作為消費者，具有下列權利。如您對特定權利存有疑問或想要行使特定權利，請寫信至最後一頁所列的適用聯絡地址聯絡我們。

- **查閱及複製您受保護健康資料 (PHI) 的權利：**絕大多數情況下，您有權查閱及獲取我們所保存您的受保護健康資料 (PHI) 副本。如果我們以電子形式保存所需的受保護健康資料 (PHI)，只要即可複製，您可以要求我們為您提供電子格式的受保護健康資料 (PHI)；如果不是即可複製，提供的將會是經您和我們協議達成的可讀電子形式或格式。就獲取您受保護健康資料 (PHI) 副本而言，您可能需交納複製、郵寄、電子媒介或與您申請相關的其他所需成本費用。您還可以指示我們將您申請的受保護健康資料 (PHI) 寄送給您指定的其他人士，只要在您的書面申請中明確所指定的單位。然而，若干類別的受保護健康資料 (PHI) 不供查閱及複製，當中包括我們就或合理預測任何賠償或法律程式而收集的心理治療記錄或受保護健康資料 (PHI)。我們在極其有限的情况下會拒絕

您查閱及獲取您受保護健康資料 (PHI) 副本的申請。如我們拒絕，您可要求複核該拒絕行為。該複核將由我們選定的人士執行，而相關人士並未參與作出最初拒絕您申請的決定。我們將遵從相關複核結果。

- **修改您受保護健康資料 (PHI) 的權利：**如您認為您的受保護健康資料 (PHI) 不正確或其中重要部分缺失，您有權要求修改由我們保存或為我們保存的受保護健康資料 (PHI)。您必須具體說明您提出此申請的理由。如果此申請不是以書面形式提出或沒有包含提出此申請的理由，我們可能會拒絕您提出的申請。此外，如您在以下情況要求我們修改受保護健康資料 (PHI)，我們可拒絕您的申請：

- 受保護健康資料 (PHI) 正
- 確並完整；
- 受保護健康資料 (PHI) 並非由我們編製，除非編製該受保護健康資料 (PHI) 的人士或機構無法再進行修改；
- 並不屬於由我們保存或代我們保存的受保護健康資料 (PHI) 部分；或
- 並不屬於您獲准查閱及複製的受保護健康資料 (PHI) 部分

- **列明披露項目的權利：**您有權要求我們列明就您受保護健康資料 (PHI) 所作的披露。該列表不包括就治療、付款、醫療保健運作、出於國家安全考慮、向執法人員或懲教人員作出或根據您的授權作出或直接向您作出的披露。如需此清單，您必須呈交書面申請。您的申請須明述希望收到披露項目清單的期限。您只可以申請披露於申請日期前不超過六年內的資料。您的申請應指明希望收取清單的形式（如紙質或電子形式）。12 個月內可免費提出首個清單的申請。我們可向您收取任何後續申請的相關費用。我們將告知您所涉費用，您可選擇在任何費用產生前撤回或修改您的申請。

- **要求限制的權利：**您有權就治療、付款或健康護理運作要求約束或限定我們使用或披露您的受保護健康資料 (PHI)，或約束或限定我們向可能參與您的護理或您的護理付款的人士（如家人或朋友）作出披露。儘管會考慮您的申請，**但我們未必會同意此申請**。如我們同意此申請，則將遵從您的要求。您必須以書面形式提出限制的申請。您必須在申請中告知我們：(1) 您欲限制的資料；(2) 您欲限制我們使用、披露或前述兩者；及(3)您的限制對象（如限制向您的配偶或父母披露）。我們不會同意就法律規定或對管理我們的業務屬必要而使用或披露受保護健康資料 (PHI) 作出限制。

- **要求保密通訊的權利：**如您告知我們以其他方式通訊會危及您的安全，您有權要求我們以特定方式或於特定地點與您就受保護健康資料 (PHI) 進行通訊。例如，您可以要求我們僅在工作時間或透過郵件與您聯絡。您必須以書面形式提出提出保密通訊之申請並具體說明聯絡您的方式或地址。我們將接納所有合理申請。
- **聯絡地址：**如您對特定個人權利存有疑問或想要行使其中一項個人權利，請將您的書面申請呈送至以下所列適用於您保險的地址：

**MetLife or SafeGuard Dental & Vision
PO.Box 14587
Lexington, KY 40512-4587**

**MetLife LTC Privacy Coordinator
1300 Hall Boulevard, 3rd Floor
Bloomfield, CT 06002**

**Delaware American Life Insurance Company
MetLife Expatriate Benefits
P.O. Box 1449
Wilmington, DE 19899-1449**

- **提出投訴的權利：**如您認為自身私隱權受到侵犯，可向我們或美國衛生與公眾服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 部長提交投訴。如向我們提出投訴，請聯絡 MetLife, Americas – U.S. HIPAA Privacy Office, PO. Box 902, New York, NY 10159-0902。所有投訴均需以書面形式提交。您不會因提交投訴而遭到處罰。如您對如何提交投訴存有疑問，請撥打電話號碼 (212) 578-0299 或透過 HIPAAprivacyAmericasUS@metlife.com 與我們聯絡。

其他資訊

本通知的變更：我們保留隨時更改本通知條款的權利。我們保留就已有及日後將取得的您受保護健康資料 (PHI) 發出修改或變更通知的權利。本通知及任何經修改或變更通知的生效日期，詳見本通知最後一頁右下角。MetLife 將透過信件或電子郵件向您寄發任何經修改通知的副本，在您同意由 MetLife 透過電子郵件方式寄發的情況下以該方式寄發。

其他資訊：您享有其他適用法律賦予您的其他權利。如需瞭解有關我們 HIPAA 醫療資料私隱政策或我們一般私隱政策的其他資訊，請透過 HIPAAprivacyAmericasUS@metlife.com 向我們發送電子郵件、撥打電話號碼 (212) 578-0299 聯絡我們，或者寫信給我們，地址為：

MetLife, Americas
U.S. HIPAA Privacy Office
P.O. Box 902
New York, NY 10159-0902

CALIFORNIA HEALTH CARE LANGUAGE ASSISTANCE PROGRAM NOTICE TO INSURED

No-Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card, if any, or at 1-800-942-0854. For more help, call the California Department of Insurance at 1-800-927-4357. To receive a copy of the enclosed MetLife Dental and/or Vision HIPAA Notice of Privacy Practices translated into Spanish or Chinese, please visit our website, www.metlife.com, and click on "Privacy/Opt Out" at the bottom of the main screen. Or you may call us toll-free at 1-888-369-0692 to request a copy of this notice. To receive a copy of other MetLife documents translated into Spanish or Chinese, please mark the box by the requested language statement below and indicate to whom and where the translated document is to be sent. Then mail the document, along with this completed form, to: Metropolitan Life Insurance Company, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512.

Servicios de Idiomas Sin Costo. Puede obtener la ayuda de un intérprete. Se le pueden leer documentos y enviar algunos en su idioma. Para recibir ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación, si tiene una, o al 1-800-942-0854. Para recibir ayuda adicional, llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357. Para recibir una copia de la Notificación HIPAA de las Prácticas de Privacidad de MetLife Dental y/o Visual adjunta traducida al español o chino, visite nuestro sitio en Internet, www.metlife.com y haga clic sobre "Privacy/Opt Out" ("Privacidad/Exclusión") en la parte inferior de la pantalla principal. También puede llamarnos en forma gratuita al 1-888-369-0692 para solicitar una copia de dicha notificación. Para recibir una copia de otros documentos de MetLife traducidos al español o chino, marque la casilla que indique la declaración de idioma requerida ubicada en parte inferior e indique a quién y a dónde debe enviarse el documento traducido. Luego, envíe por correo el documento junto con este formulario completado, a:
Metropolitan Life Insurance Company, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512.
NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

免費語言服務。 您可以獲得譯員服務。您可以請人為您宣讀文件，並按您所說語言向您發送部分文件。如需幫助，請致電您 ID 卡上所列的號碼（如有）或 1-800-942-0854，與我們聯絡。如需更多幫助，請致電 1-800-927-4357，聯絡加州保險局 (California Department of Insurance)。如需獲取隨附 MetLife 牙科及／或視力 HIPAA 私隱慣例通知 的西班牙語或中文版本，請瀏覽我們的網站 www.metlife.com，並按一下主螢幕下方的「私隱／退出」(Privacy/Opt Out)。或者，您可致電我們的免費電話 1-888-369-0692，索取該通知副本。如需獲取 MetLife 其他文件的西班牙語或中文版本，請在與下列所需語言相應的方框中作下標記，並指明翻譯文件的收件人及收件地址。然後，將文件連同填妥的本表格郵寄至：
Metropolitan Life Insurance Company, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512。

姓名 _____
地址 _____

Անվճար թարգմանչական ծառայություններ: Ձեզ կտրամադրվի թարգմանիչ, ում օգնությամբ կարող եք հայերենով կարդալ փաստաթղթերը: Հարցերի դեպքում զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով (եթե կա այդպիսին) կամ 1-800-942-0854: Առավել մանրամասն տեղեկատվության համար զանգահարեք ԿԱ Դեպ (Կալիֆոռնիայի Ապահովագրական Դեպարտամենտ) 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով:

សេវាកម្រៃដោយឥតគិតថ្លៃ ៖ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែម្នាក់ និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នកជាភាសាខ្មែរបាន។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានចុះនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នកប្រសិនបើមាន ឬ តាមលេខ 1-800-942-0854។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងនៃ CA (CA Dept. of Insurance) តាមលេខ 1-800-927-4357។

Tsis Tau Them Nqi Rau Qhov Kev Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem thov ib tug kws txhais lus thiab hais kom nws pab nyeem cov ntaub ntawv ua koj hom lus Hmoob rau koj mloog. Yog xav tau kev pab, hu rau pab ntawm tus xov tooj sau hauv koj daim npav ID, yog muaj, lossis hu rau 1-800-942-0854. Yog xav kom pab lwm yam ntxiv, hu rau CA Dept. Lub Tuam Txhab Pab Kas Phais (Is-xaws-las) ntawm 1-800-927-4357

無料の通訳サービス。 通訳を利用して日本語で文書を読み上げてもらったり、日本語文書の送付を受けることが可能です。サービスの利用をご希望の方は、お手持ちの ID カードに記載されている番号、または 1-800-942-0854 へお電話ください。さらに支援が必要な場合は、カリフォルニア州保険庁 1-800-927-4357 までお問い合わせください。

무료 통역 서비스. 통역자가 문서를 한국어로 읽어드릴 수 있습니다. 도움이 필요하시면, 귀하의 ID 카드에 있는 번호나 1-800-942-0854 로 전화하십시오. 다른 도움이 필요하시면, 전화번호 1-800-927-4357 로 캘리포니아 보험국에 연락하여 주십시오.

Бесплатные услуги устного перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, Чтобы получить помощь, позвоните нам по номеру, указанному на Вашей идентификационной карточке, если у Вас она есть, либо по номеру 1-800-942-0854. Если Вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в горячую линию Деп-та страхования штата Калифорния по номеру 1-800-927-4357.

Mga Libreng Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter. Maipapabasa mo para sa iyo ang mga dokumento at maipapadala sa iyo ang ilan sa wika mo. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, kung mayroon man, o sa 1-800-942-0854. Para sa higit pang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357.

Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể yêu cầu một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu đọc tài liệu và gửi một số tài liệu cho quý vị bằng tiếng Việt. Để được hỗ trợ, quý vị hãy gọi cho chúng tôi tại số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị, nếu có, hoặc số máy 1-800-942-0854. Để được hỗ trợ thêm, quý vị hãy gọi Sở Bảo hiểm Tiểu bang CA tại số máy 1-800-927-4357.

خدمات لغویة بدون كلفة. يمكنك الحصول على مترجم فوري. يمكنك الحصول على خدمة قراءة واثاق لك وإرسال بعضها إليك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المذكور على بطاقة هويتك، إن وجد، أو على الرقم 1-800-942-0854. لمزيد من المساعدة، اتصل على CA Dept. of Insurance على الرقم 1-800-927-4357.

خدمات زبانی رایگان. می توانید از خدمات ترجمه شفاهی بهره مند شوید. می توانید برای خواندن اسناد، کمک بگیرید و حتی برخی از اسناد را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک، اگر روی کارت شناسایی شما شماره ای درج شده، با آن تماس بگیرید؛ در غیر این صورت، با شماره 1-800-942-0854 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا (CA Dept. of Insurance) به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید.

கैसे மூல்தான் பிளீர் பூலி டிபர் சிடமர். தசீ அக் த்ரீமர்ன் ஹவல் கர் சகீடீ. ஓ- தீபர்ன் டஸ்தூபீரத் பீழ் ஹகீ சநாயர்ன் சகீடியர்ன் தீர் அபீபர்ன் சூர் கஜே தீபர்ன் தீபாடீ பூலி ஓஜ் கீபீலயர்ன் ஜா சகீடியர்ன்- தீர்ன்- தீர்ன் சாபீர்ன் அபீர்ன் அநீ டீ கார்ட் ஓஜ் தீர்ன் தீர்ன் நம்பர், ஜே கோலி பீர் ஓ, யர், 1-800-942-0854 தீர் ஓன்-கரூ- ஓபீஸ் தீர்ன், தீர் CA Dept. தீர்ன் 1-800-927-4357 தீர் ஓன்-கரூ.