

WelbeHealth 개인정보 보호 관행 고지

본 고지는 귀하의 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 이 정보에 어떻게 접근할 수 있는지를 설명합니다. 주의 깊게 검토해 주시기 바랍니다.

Welbe Health, LLC(WelbeHealth)가 직간접적으로 소유, 운영 또는 관리하는 모든 적용 대상 기관은 조직화된 의료 협력체(Organized Health Care Arrangement, 이하 'WelbeHealth OHCA')에 참여합니다. 본 고지는 WelbeHealth OHCA 구성원들이 공동으로 발행한 것입니다. WelbeHealth OHCA 에 참여함으로써 참여 기관들은 치료, 지불 및 공동 의료 운영 활동의 목적으로 보호 대상 건강 정보(Protected Health Information, PHI)를 서로 공유할 수 있습니다. 이러한 활동에는 청구 및 재무 관리, 건강 정보 교환, 품질 개선 및 위험 관리가 포함될 수 있습니다. PHI, 즉 '건강 기록'은 귀하와 귀하의 건강에 관한 정보입니다. WelbeHealth 와 그 직원은 본 고지를 준수해야 합니다.

WelbeHealth 가 귀하의 보호 대상 건강 정보(PHI)를 사용하거나 공유하는 방법

치료 목적

WelbeHealth 는 귀하에게 치료 및 서비스를 제공하고 조정하기 위해 귀하의 건강 기록을 사용하거나 공유할 수 있습니다. WelbeHealth 는 귀하의 치료에 관여하는 다른 간병인과 귀하의 건강 기록을 공유할 수 있습니다. 예를 들어, WelbeHealth 는 진료 의뢰의 일환으로 또는 귀하가 WelbeHealth 에서 탈퇴하는 경우 귀하의 건강 기록을 다른 의사에게 보낼 수 있습니다.

지불 목적

WelbeHealth 는 청구 서비스를 위해 귀하의 건강 기록을 사용할 수 있습니다. 예를 들어, WelbeHealth 는 귀하의 자격을 확인하거나 지급이 적절하게 이루어지도록 하기 위해 보험사 또는 주정부 기관과 귀하의 건강 기록을 공유할 수 있습니다.

의료 운영 목적

WelbeHealth 는 의료 운영을 위해 귀하의 건강 기록을 사용 및 공유할 수 있습니다. 의료 운영의 예로는 사업 계획, 민원 해결, 규정 준수, 품질 개선, 교육 또는 필요시 귀하에게 연락하는 것 등이 포함될 수 있습니다. 의료 운영에는 동일한 목적을 위해 귀하의 PHI 를 다른 기관(업무 수탁자)과 공유하는 것이 포함될 수 있습니다.

귀하의 치료에 관여하는 가족, 대리인 및 기타 사람들과 공유

WelbeHealth 는 귀하가 지정한 사람, 귀하의 치료를 돕는 사람, 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 사람과 귀하의 건강 기록을 공유할 수 있습니다. 때로는 특정인과 정보를 공유하지 않도록 WelbeHealth 에 지시할 수 있습니다. 드문 경우지만, WelbeHealth 가 귀하의 동의 없이 타인과 정보를 공유해야 할 수도 있습니다. 이러한 상황은 응급 상황이 발생하거나, 담당 의료진이 귀하에게 최선의 이익이 된다고 판단하는 경우에 발생할 수 있습니다.

법률에서 요구하거나 허용하는 경우

주 또는 연방 법률에서 요구하는 경우 WelbeHealth 는 귀하의 건강 기록을 공유합니다. WelbeHealth 는 다음과 같은 이유로 법률이 허용하는 범위 내에서 귀하의 건강 기록을 공유할 수 있습니다.

- 공중 보건 또는 안전 문제를 돕기 위해
- 의심되는 학대 또는 기타 범죄를 신고하기 위해
- 누군가의 건강과 안전에 대한 심각한 위협을 예방하기 위해
- 감시관, 의학적 감시자 및 장례지도사와 협력하기 위해
- 연구를 수행하기 위해
- 기타 정부 요청에 응답하기 위해
- 법원이나 행정 명령에 응하거나 소환장에 응답하기 위해

귀하의 건강 정보에 대한 추가 세부 사항

서면 승인

본 고지에 설명되지 않은 방식으로 WelbeHealth 가 귀하의 건강 기록을 공유하거나 사용하려면 귀하의 서면 허가 또는 승인이 필요합니다. 귀하는 언제든지 승인을 변경할 수 있으며, 이는 귀하의 치료나 서비스에 영향을 미치지 않습니다.

민감한 의료 정보

일부 주 및 연방 법률의 요구에 따라, WelbeHealth 는 다음과 같은 특정 유형의 민감한 의료 기록에 대해 추가적인 보호 조치를 취하고 있습니다.

- 심리 치료 기록 및 정신 건강 기록(연방 규정집(CFR) 제 45 편 § 164.508(a)(2) 및 뉴욕주 정신위생법(NY Mental Hygiene Law) § 33.13 적용)
- 약물 사용 장애 치료 기록(연방 규정집 제 42 편 Part 2 적용)
- HIV/AIDS 관련 정보(뉴욕주 공중보건법(NY Public Health Law) 제 27-F 조 적용)
- 유전자 검사 결과
- 생식 건강 또는 성매개 감염에 관한 정보

WelbeHealth 의 책임

WelbeHealth 와 WelbeHealth OHCA 구성원은 귀하의 개인 정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 법에 따라 WelbeHealth 는 다음 사항을 준수해야 합니다.

- 보호 대상 건강 정보의 보호 및 보안 유지
- 귀하의 건강 기록, 개인정보 또는 보안이 침해되었을 수 있는 위반 사고가 발생한 경우 신속하게 통지
- 본 고지에 설명된 개인정보 처리 관행을 따르고 귀하의 요청 시 사본 제공

WelbeHealth 는 마케팅 목적으로 전화번호 등 참여자의 PHI 또는 개인 정보를 다른 조직에 임대, 대여 또는 판매하지 않습니다. WelbeHealth 는 적용되는 모든 주 및 연방 개인정보 보호법을 준수합니다.

본 고지의 변경

WelbeHealth 는 이 고지를 업데이트할 수 있습니다. 모든 업데이트는 WelbeHealth 가 보유한 귀하의 정보에 적용됩니다. 이러한 업데이트가 본 고지이나 귀하의 권리를 크게 변경하는 경우 귀하에게 통지됩니다. 가장 최신 버전은 요청 시 언제든지 저희 사무실과 온라인(<https://welbehealth.com/>)에서 확인할 수 있습니다.

귀하의 권리

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 요청 제출 후 10 일 이내에 귀하의 기록 검토
- 귀하의 건강 및 청구 기록 사본 받기
- 건강 및 청구 기록이 부정확하거나 불완전한 경우 WelbeHealth 에 정정 요청
- 특정 전화번호나 주소로 연락하는 등의 비밀 통신 요청
- 치료, 지불 또는 의료 운영을 위해 WelbeHealth 가 귀하에 관해 사용하거나 공유하는 정보의 제한 요청
- 귀하의 PHI 공개 목록(내역) 받기
- 본 개인정보 보호 관행 고지 사본 받기
- 의료 위임장 또는 서면 승인을 부여한 경우 귀하를 대신하여 행동할 대리인 지정
- 귀하의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우 민원 제기

의료 기록 요청

기록의 사본, 기록 정정, 기록 제한, 공개 내역 또는 비밀 통신을 요청하려면 다음으로 서면 요청을 제출해야 합니다.

WelbeHealth
Attn: Medical Records
8399 Garvey Avenue
Rosemead, CA 91770

추가 정보 및 민원

본 고지에 대해 질문이 있거나 개인정보 보호 권리에 대한 추가 정보를 원하시면 WelbeHealth (888) 530-4415 로 연락하시기 바랍니다. 청각 장애가 있는 경우 TTY 기기를 이용해 주십시오.

개인정보 보호 권리 또는 WelbeHealth 의 정보 사용 방식에 대해 민원이 있는 경우 위의 전화번호로 전화하거나 다음으로 서면 제출할 수 있습니다.

WelbeHealth
Attn: Privacy Officer
8399 Garvey Avenue
Rosemead, CA 91770

민원은 다음 주소로도 보낼 수 있습니다.



Privacy Officer
California Department of Health Care Services
PO Box 997413
MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 445-4646 (Voice)
(877) 735-2929 (TTY/TDD)

또는

NJ Department of Health
Division of Health Facility Survey and Field Operations
PO Box 367
Trenton, NJ 08625
(609) 633-8980

또는

New York State Department of Health
Office of Professional Medical Conduct
Riverview Center
150 Broadway Suite 355
Albany, New York 12204-2719
(800) 663-6114

또는

Office for Civil Rights Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

발효일 및 적용 범위

본 개인정보 보호 관행 고지(Notice of Privacy Practices)는 2026 년 5 월 1 일부터 발효되며, WelbeHealth OHCA 구성원이 유지하거나 공유하는 모든 건강 정보에 적용됩니다.

차별 금지 고지

WelbeHealth 는 해당 주 및 연방 시민권법을 준수하며 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 신분, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 이유로 사람을 불법적으로 차별하거나, 배제하거나, 다르게 대우하지 않습니다. WelbeHealth 차별 금지 통지 전체를 보려면

<https://welbehealth.com/>을 방문하시기 바랍니다.

수령 확인서 – 개인정보 보호 관행 고지

본인은 WelbeHealth 의 개인정보 보호 관행 고지 사본을 수령했음을 확인합니다. 본인은 본 고지가 WelbeHealth 가 본인의 건강 정보를 사용하고 공유하는 방법과 본인의 개인정보 보호 권리를 설명한다는 것을 이해합니다. 본인은 현재 개인정보 보호 관행 고지의 사본을 모든 WelbeHealth 지점과 welbehealth.com 에서 구하거나 (888) 530-4415 로 전화하여 얻을 수 있음을 이해합니다.

참여자

서명

날짜

이름(정자체)

생년월일

개인 대리인

(참여자를 대신하여 서명하는 경우 다음 사항을 작성해 주십시오)

대리인 서명

날짜

이름(정자체)

이름/참여자와의 관계

권한(예: 위임장, 법적 후견인)

FOR STAFF USE ONLY – If participant or representative declined to sign:

- ☐ Participant was offered the Notice of Privacy Practices but declined to sign.
- ☐ Notice was mailed to participant's address of record.
- ☐ Participant was unable to sign due to:

Staff Name (printed)

Date

Retain this signed acknowledgment in the participant's record for a minimum of six (6) years per 45 CFR § 164.530(j). A good faith effort to obtain acknowledgment is required under 45 CFR § 164.520(c)(2)(ii).