



MINDFUL THERAPY GROUP 披露声明

概述

您的医疗保健专业人员已与 Mindful Therapy Group, P.C.（一家华盛顿州的专业服务公司，简称 Mindful Therapy Group）建立伙伴关系，以支持其行为健康护理业务。具体而言，Mindful Therapy Group 及其关联公司为其网络内的服务提供者提供商业支持、保险账单与收款服务。

每一位与 Mindful Therapy Group 关联的持牌心理健康专业人员（“服务提供者” / “Provider”）均为独立的业务实体，并负责获得其执业所在州（一个或多个州）卫生部或相关州临床许可委员会的执业许可。您可以通过相应州附录中列出的州许可委员会网站，验证您的服务提供者 (Provider) 的执业资格。

如果我们能做些什么来让您的体验更愉快，或帮助解决您在使用我们服务时遇到的任何问题，请通过我们的“[正式投诉表](#)” (Formal Complaint Form) 提供反馈。我们也欢迎您通过发送邮件至 feedback@mindfultherapygroup.com 与我们分享您的体验。

通用政策

保密性

我们的《隐私实践通知》(Notice of Privacy Practices) 解释了您的受保护的健康信息 (Protected Health Information) 可能如何被使用或披露，维护此类信息的隐私与安全的责任，以及您对受保护的健康信息保密性的相关权利。您可以在我们的网站 www.mindfultherapygroup.com/faqs 上找到该通知的电子版。

通讯

我们可能会使用您的联系信息向您发送预约提醒、未付余额、新闻简报、与我们健康相关的服务信息，以及其他您可能感兴趣或对您的护理至关重要的信息。您可以通过点击邮件中提供的退订链接或按照其中的说明，选择退订部分电子邮件通讯。

如果您选择接收与服务提供者相关的短信，我们可能会向您发送此类消息。您知悉短信服务可能并非完全安全。您可以随时通过回复“STOP”来选择退订短信服务。此外，您也可以联系下文列出的隐私官 (Privacy Officer)，表示您不希望继续接收短信。

联系 Mindful Therapy Group 工作人员

许多问题，包括保险账单相关问题和预约变更，均可由我们的行政团队在正常工作时间

内解决。通用工作时间为周一至周五上午 8 点至下午 6 点，以及周六上午 8 点至下午 4 点（太平洋时间），您可以通过主办公室电话 425-640-7009 联系我们。

如果您有关于临床问题的疑问，请根据您的服务提供者在其披露声明中的指示，联系您的服务提供者。如果您正经历紧急情况或心理健康危机，请立即拨打 9-1-1（适用于所有紧急情况）或 9-8-8（适用于自杀危机和心理健康相关困扰）。

服务提供者的服务性动物或治疗性动物

对于独立的服务提供者协助其工作而选择带入现场的服务性动物或治疗性动物，Mindful Therapy Group 不承担任何责任，并且在发生任何伤害或死亡的情况下，均应被免于追究责任。

患者的服务性动物

为遵守大楼政策，Mindful Therapy Group 办公室内只允许《美国残疾人法案》(ADA) 所认可的服务性动物 (service animal) 进入。“服务性动物”是指经过训练，能够为残障人士（包括身体、感官、精神、智力或其他心理残障）完成工作或执行任务的动物。

《[美国残疾人法案](#)》(ADA) 要求服务性动物在任何时候都必须由其陪同者控制。如果服务性动物失控且陪同者未能采取有效措施加以控制，或者该服务性动物未经过室内定点排便训练，该服务性动物的陪同者将被要求将动物带离本场所。

公共空间的监控摄像头

为帮助保障患者和工作人员的安全，我们在非敏感、非隐私区域（例如候诊室）使用监控摄像头。

财务政策与责任

服务费用

服务提供者独立地为客户提供服务，并完全由其自行决定是否接受一系列保险计划。在保险计划规则和合同允许的情况下，私人自付费率由各服务提供者确定，因此不同服务提供者之间的费率可能有所不同。

如果您约见的是提供谈话治疗的治疗师或心理学家，那么向您的保险公司收取的费用很可能每次都相同（其中可能因额外服务而出现编码差异）。如果您约见的是提供药物管理服务的精神科执业护士 (ARNP) 或医生 (MD)，那么分配给这些访视的医疗编码，以及向您的支付方（保险支付方）收取的费用，将基于多种因素，包括您在每次访视时的个人需求。因此，您的费用可能会在每次访视间有所不同。

延迟取消和错过预约费用

所有服务提供者都有各自的延迟取消和错过预约政策。关于他们如何处理此类情况的详细信息，请参阅您的服务提供者的个人披露声明。如果您对已收取的取消费用有疑虑，请直接与您的服务提供者沟通。Mindful Therapy Group 的工作人员无法为您豁免或协

商这些费用。取消费用不能向您的保险公司报销。

财务责任和保险账单实践

在与您的服务提供者的每次诊疗结束时，您需要全额支付所有费用，包括私人自付金额 (private pay)、共付额 (copay)、共同保险 (coinsurance) 和免赔额 (deductible)。任何未付余额将从您存档的信用卡 (card on file) 中扣除。如果您的服务提供者属于您保险公司的网络内 (in-network) 医疗服务方，您每次访视的患者自付责任将由您的保险公司根据所提供服务的允许金额确定。

保险

如果您选择使用保险福利来支付服务费用，我们要求您在首次访视前核实您的服务提供者的网络状态，否则您可能需要支付更高的共付额、共同保险或免赔额。如果您的访视被认定为“网络外” (out-of-network) 服务，或因网络状态而遭拒付，您同意按照保险公司的要求，支付“网络外”费率或私人自付费用。

保险资格验证

请在首次访视前提供完整、准确的保险信息，并附上您的保险卡复印件。我们将用此信息来验证您的初始福利资格。如果您的保险发生变更，请尽快告知我们，以便我们核实您的新福利资格。虽然我们会核实您的保险福利，但确保您所接受的服务在保险覆盖范围内是您自身的责任。

保险权益转让

作为获取您或您的子女（如适用）从您的服务提供者处获得的任何及所有服务的交换和相关条件，您在此不可撤销地将您或您的子女（如适用）过去、现在或将来，基于或与任何健康保险政策或计划、健康福利计划、健康管理协议、医疗风险承担协议、医疗信托、医疗基金或任何其他支付来源、医疗保险、医疗赔偿或任何形式的医疗保障相关的，所有且无限制的权利、福利、特权、保障、索赔及任何其他形式的利益，全部转让并转移给 Mindful Therapy Group 和您的服务提供者。此项转让同样包括您或您的子女（如适用）的申诉权、受托权、诉讼权、付款权、获得全面公正理赔审查的权利、获得罚款或利息的权利、获得计划文件和计划信息的权利，以及从任何来源获得通知和披露的权利。

事先授权

您的保险计划可能要求在涵盖某些服务之前获得事先授权。如果未获得所需的授权或服务未被涵盖，您可能需要承担服务的财务责任。

费用估算

由于您与您的保险公司共同分摊费用，我们在提交理赔后收到的理赔通知（通常在提交后 3-6 周送达）将说明您需分摊的费用。您实际分摊的费用可能高于或低于最初预估。我们会通知您任何未付余额。如果我们高估了您分摊的费用，除非您另有说明，否则该笔贷记款项将用于抵扣您未来的访视费用。

保险拒付

任何被您的保险公司退回或拒付的理赔，若您的保险允许服务提供者直接向患者收费，该笔费用将直接计入您的账单，并由您承担全额支付责任。

存档信用卡

您必须在档案中留有一张信用卡，以便在需要您个人承担财务责任时进行扣款。余额将自动从您存档的信用卡中扣除。如果您是到诊所进行面诊，也可以选择当面支付。

信用卡信息通过我们的支付处理系统存储，并已加密以确保安全。一旦信用卡信息保存归档，只能通过我们的计费软件进行扣款。每当您的信用卡被扣款时，您都会收到一封包含交易详情的电子邮件通知。

催收措施

如果您的信用卡被拒付，Mindful Therapy Group 的工作人员将通过电子邮件、短信或电话联系您，请您提供付款指示以支付您负责的余额。届时，他们也会要求您在档案中预留一张信用卡。

如果有未付清的余额，服务提供者可能会中止治疗。如果在 120 天后仍有未付余额且未启动付款计划，该账目将被转交给第三方催收机构。这可能会在您的信用记录上留下负面标记。

诚信估价通知

未投保或自费患者有权获得一份关于预期费用的“诚信估价”(Good Faith Estimate)。如果您收到一份“诚信估价”，且您的最终账单比该估价高出至少 400 美元，您有权通过联邦程序对该费用提出异议。估价可应要求提供。

Medicaid 计费规定

根据联邦 Medicaid (CMS) 的规定，使用 Medicaid 福利支付服务的客户，不得因以下情况被收费：

- Medicaid 计划涵盖的服务，即使尚未收到付款。
- 因服务方过失（例如缺少必要的预先授权或文件）而被拒付的服务。
- 错过、取消或迟到的预约。

对于 Medicaid 不涵盖的服务，只有在客户接受该服务之前已签署书面协议的情况下，才可以向客户收费。如果本机构未与客户的 Medicaid 计划签约，客户可能需要负责该计划确定的费用和任何费用分摊。如果客户后来被认定对已接受的服务具有追溯性的 Medicaid 资格，针对涵盖服务已支付的任何款项将被退还。

欲了解更多详情，请参阅 Medicaid 计划文件或适用的州 Medicaid 项目法规。

确认书

本人签署本《代理与患者披露声明》，即表示本人已阅读本声明并同意以下条款：

- 本人授权我的服务提供者和/或 Mindful Therapy Group 向存档的保险公司披露信息，并授权保险公司就所产生的服务费用直接支付。
- 本人确认，对于我的保险公司未支付的所有费用，包括共付额 (copays)、共同保险 (coinsurance)、免赔额 (deductibles)，以及因未能获得授权、服务提供者为非网络外、接受非承保服务（如夫妻治疗）等原因导致的保险计划拒付，以及由我的服务提供者评定的错过预约费和延迟取消费用，均由本人负责向我的服务提供者支付。
- 本人授权 Mindful Therapy Group 从我存档的信用卡中扣除经我的保险公司认定的“患者责任金额” (patient responsibility)、适用的取消费用和/或私人自付费用。

患者姓名： _____

患者年龄与出生日期： _____

*若患者未满 18 周岁，须由患者的父母或法定监护人 (legal guardian) 在下方签名。

患者本人或代表签名： _____

若签名人非患者本人，请注明其权限/与患者的关系：

附件 A

《隐私实践通知》

本通知旨在说明关于您的医疗信息可能如何被使用和披露，以及您如何能获取这些信息。请仔细阅读。

本通知旨在说明关于您的医疗信息可能如何被使用和披露，以及您如何能获取这些信息。请仔细阅读。

您的健康记录包含关于您个人及健康的私密信息，可能受到 1996 年《健康保险流通与责任法案》及其施行条例 (HIPAA) 以及适用的州法律的保护。“受保护的健康信息” (PHI) 是指与您过去、现在或未来的状况及相关医疗服务有关的、可能识别您身份的信息，包括人口统计信息。

本《隐私实践通知》适用对象：

在本通知中，我们使用“我们”、“我们的”等术语来指代 Mindful Therapy Group。本通知阐述了我们及以下人员的实践规范：

- 任何被授权将信息录入 Mindful Therapy Group 电子健康记录的医疗保健专业人员。
- 任何被授权在 Mindful Therapy Group 设施内提供服务的医疗专业人员。

您的权利

当涉及您的健康信息时，您拥有特定的权利。本节将对您的权利进行说明。您有权：

- 获取病历的电子或纸质副本——您可以请求获取我们持有的关于您的某些健康信息的副本。我们通常会在您提出请求后的 30 天内，向您提供一份您健康信息的副本或摘要。如需请求获取您的病历副本，请在我们的网站 <https://mindfultherapygroup.com/records-request/> 上提交一份《记录请求表》(Records Request Form)。更正病历——您可以要求我们更正您认为不正确或不完整的健康信息。如需请求进行此类修改，您必须向隐私官 (Privacy Officer) 提交书面请求。
- 要求保密通讯——您可以要求我们以特定方式（例如，通过您的家庭或办公室电话）或将邮件发送到不同地址与您联系。我们将同意所有合理的请求。
- 要求我们限制信息共享——您可以要求我们不为治疗、付款或我们的运营而使用或共享某些健康信息。我们没有义务必须同意您的请求，如果例如这会影响到您的护理，我们可能会拒绝。如果我们同意您的请求，我们仍可能在紧急治疗情况下共享此信息。如果您自费全额支付一项服务或医疗项目，您可以要求我们不为付款或我们运营之目的与您的健康保险公司共享与该服务或医疗项目相关的信息。除非法律要求我们共享，否则我们将同意此项请求。
- 获取信息共享清单——您可以要求提供一份清单（即“信息披露记录”），列出从您提出请求之日起过去六年内，我们共享您健康信息的次数、共享对象及原因。我们将列出除治疗、付款和医疗保健运营相关的披露以及某些其他披露（例如应您要求做出的披露）之外的所有披露。如需请求提供此记录，您必须向我们的隐私官提交书面请求。我们每年免费提供一次记录，但如果您在 12 个月内再次申请，我们将收取合理的、基于成本的费用。
- 接收本隐私声明的纸质副本——您可以随时索取本通知的纸质副本，即使您已同意以电子方式接收。我们会及时向您提供纸质副本。
- 选择代理人——如果您已授予某人医疗授权书，或某人是您的法定监护人，该人士可以行使您的权利并对您的健康信息做出选择。在采取任何行动前，我们会核实该人士确有此权限且可以代表您。
- 在发生未受安全保护的 PHI 泄露时收到通知——您有权在任何涉及您未受保护的 PHI 的泄露事件发生时得到通知。
- 提出投诉——如果您认为您的隐私权受到侵犯，您可以在[我们的网站](#)上提出投诉。有关如何以及向何处提交投诉的信息见下文。我们不会因您提出投诉而对您进行报复。

您的选择

对于某些健康信息，您可以决定我们如何共享。如果在以下所述情况中，您对我们共享您的信息有明确偏好，请告知我们您的选择。在这些情况下，您有权利并可选择告知我们：

- 与您的家人、亲密朋友或其他参与您护理的人共享信息
- 在灾难救援情况下共享信息

如果您无法告知我们您的偏好（例如当您处于昏迷状态时），若我们相信共享您的信息符合您的最大利益，我们可能会进行共享。当为减轻对健康或安全的严重且迫切威胁所必需时，我们也可能共享您的信息。

在以下情况中，除非您给予书面许可，否则我们绝不会共享您的信息：

- 用于营销目的
- 心理治疗记录的大部分共享
- 出售受保护的健康信息

在筹款的情况下，我们可能会出于筹款目的与您联系，但您可以告诉我们不要再联系您。然而，如果我们拥有受《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分 (42 C.F.R. Part 2) 管辖的关于您的物质滥用障碍患者记录，我们会在事先向您提供清晰显眼的通知，并让您选择是否接收使用您“第 2 部分”信息的筹款通讯。

我们通常如何使用或共享您的健康信息？我们在未获您授权的情况下，通过以下方式使用或共享您的健康信息：

- **治疗 (Treatment)**。我们可以使用您的健康信息，并与可能同样在为您提供治疗的其他医疗保健专业人员共享。示例：我们可能会与您的初级保健医生共享您的健康信息，或与药房共享处方信息。我们也可能使用您的健康信息来提醒您即将到来的预约。
- **付款 (Payment)**。我们可以使用并共享您的健康信息，以便向健康计划或其他实体开具账单并获取付款。示例：我们向您的健康保险计划提供信息，以便其支付您的服务费用。
- **运营 (Operations)**。我们可以使用并共享您的健康信息，以运营我们的业务、改善您的护理，并在必要时与您联系。示例：我们使用您的健康信息来协调您的治疗和服务。
- **服务提供者 (Service Providers)**。向为我们提供服务且涉及使用或披露健康信息的商业伙伴共享。我们要求商业伙伴同意保护健康信息的隐私与安全，并保障您的权利。

我们还可能在何种情况下使用或共享您的健康信息？

法律允许或要求我们在其他情况下共享您的信息——通常是为了公共利益，例如公共卫生和研究。在为这些目的共享您的信息前，我们必须满足一系列法律规定的条件。

用于公共卫生和安全问题。我们可能在某些特定情况下使用和共享您的信息，例如：

- 预防疾病，包括通知可能已暴露于某疾病，或有感染或传播某疾病或状况风险的人员。
- 预防或减轻对任何人健康或安全的严重威胁。
- 协助产品召回。
- 报告药物不良反应。
- 报告可疑的虐待、疏忽或家庭暴力。

进行研究。我们可以出于健康研究目的使用或共享您的信息，前提是符合旨在保护您信息隐私的特定要求。

符合法律规定。如果州或联邦法律要求，我们将共享您的信息，包括在卫生与公众服务部要求时，以证明我们遵守 HIPAA。

响应执法、政府或其他请求，包括与诉讼和法律行动相关的请求。例如，我们可以共享您的健康信息：

- 带有非常明确限制的，为执法目的或与执法官员共享。
- 与法律授权的卫生监督机构分享。这些监督活动包括，例如，审计；调查、程序或诉讼；检查；以及纪律处分。
- 响应法院或行政命令，或响应传票而分享。如果我们拥有受联邦法规第 42 篇第 2 部分 (42 CFR Part 2) 保护的关于您的物质滥用障碍患者记录，未经 (1) 您的同意，或 (2) 根据非常具体的法院命令及与此类记录相关的传票，我们不得在针对您的民事、刑事、行政或立法调查或程序中使用或共享这些记录中的信息。为工伤赔偿索赔而使用或共享。
- 为特殊政府职能，如军事、国家安全和总统保护服务。
- 当个人去世时，仅在协助验尸官、法医或殡仪馆主管履行其职责所必需的范围内与其共享。
- 在响应或协助促成器官和组织捐献请求所必需的范围内，与器官获取组织共享。
- 一些州有比 HIPAA 更严格的法律，例如保护心理健康信息的法律。如果适用的州法律限制了我们使用或共享您健康信息的方式——例如，要求我们在共享您的健康信息之前必须获得您事先书面同意的州法律——我们将遵循更严格的州法律。如果您想了解更多关于任何适用州法律的信息，请咨询我们的隐私官。

我们的责任

法律要求我们维护受保护的健康信息的隐私与安全。我们必须遵循本通知中所述的实践规范，并向您提供本通知的副本。如果发生可能危及您受保护的健康信息的隐私或安全的泄露事件，我们将立即通知您。

除非在本《隐私实践通知》中另有说明，否则未经您的书面许可，不会使用或披露关于您的受保护的健康信息。您可以通过提交一份更新的书面通知，随时改变您已提供的授权。

本通知条款的修改

我们保留随时更改本通知条款的权利。任何新的《隐私实践通知》将对我们届时持有的

所有受保护的健康信息生效。我们将通过在 Mindful Therapy Group 网站发布修订版本的《隐私实践通知》来提供更新。

获取更多信息或报告问题

如果您对本通知有任何疑问或需要更多信息，您可以通过以下电话号码联系我们的隐私官。如果您认为自己的权利受到侵犯，您有权向我们的隐私官或向民权办公室 (Office for Civil Rights) 提出投诉，地址及联系方式为：Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201 或发送电子邮件至 OCRComplaint@hhs.gov。所有向我们的隐私官提出的投诉都必须为书面形式，并说明具体问题。

隐私事务联系信息：

Sadie Forester, HIPAA 隐私官

电话：425-678-6463 x907 电子邮件：SForester@mindfulsupportservices.com

地址：[21907 64th Ave W Suite 200, Mountlake Terrace, WA 98043](https://www.mindfulsupportservices.com/21907-64th-Ave-W-Suite-200-Mountlake-Terrace-WA-98043)

生效日期：2023 年 6 月 1 日；最后修订日期：2026 年 3 月 2 日

语言协助服务提供通知

我们提供语言协助服务。我们免费提供适当的辅助设备和服务，以便以无障碍格式提供信息。请致电 1-425-640-7009 (TTY: 711 或您首选的中继服务)，或与您的服务提供者联系。

西班牙语

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-425 640-7009 (TTY: 711 o su servicio de retransmisión preferido) o hable con su proveedor.

简体中文

如果您说中文，我们可为您提供免费的语言协助服务。我们还可免费提供适当的辅助设备和服务，以便以无障碍格式提供信息。请致电 1-425-640-7009 (TTY: 711 或您首选的中继服务)，或与您的服务提供者联系。

越南语

Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-425-640-7009 (TTY: 711 hoặc dịch vụ chuyển tiếp ưa thích của bạn) hoặc nói

chuyện với nhà cung cấp của bạn.

索马里语

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawinta luqadda ayaa kuu diyaar ah bilaash. Adeegyada iyo qalabka kaabaya ee ku habboon si macluumaadka loogu bixiyo qaabab la heli karo ayaa sidoo kale bilaash ah. Wac 1-425-640-7009 (TTY: 711 ama adeegga gudbinta ee aad doorbidayso) ama la hadal bixiyahaaga.

韩语

한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-425-640-7009 (TTY: 711 또는 선호하는 중계 서비스)로 전화하시거나 담당 제공자에게 문의하십시오.

俄语

Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-425-640-7009 (TTY: 711 или предпочитаемая служба ретрансляции) или обратитесь к своему специалисту.

他加禄语（菲律宾语）

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga libreng serbisyo sa tulong sa wika na available para sa iyo. Ang mga naaangkop na pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din nang walang bayad. Tumawag sa 1-425-640-7009 (TTY: 711 o ang iyong gustong relay service) o makipag-usap sa iyong provider.

乌克兰语

Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги мовної допомоги. Також безкоштовно надаються відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах. Телефонуйте за номером 1-425-640-7009 (TTY: 711 або ваша бажана служба ретрансляції) або зверніться до свого постачальника послуг.

阿拉伯语

كما تتوفر مجاناً وسائل وخدمات مساعدة مناسبة. إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً (TTY: 711 أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك) (أو خدمة الترحيل المفضلة لديك لتقديم المعلومات بصيغ يسهل الوصول إليها) اتصل على الرقم 7009-640-425-1.

阿姆哈拉语

አማርኛ ከሆነ በነፃ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች ይገኛሉ። መረጃን በሚደርስ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ የረዳት መሳሪያዎችና አገልግሎቶች ደግሞ በነፃ ይገኛሉ። ወደ 1-425-640-7009 (TTY: 711) ወይም

የሚሰጡት የመላኪያ አገልግሎት ይደውሉ ወይም ከአቅራቢዎ ጋር ይነጋገሩ።

印度语

यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिये निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जाकारी प्राप्त करने के लिये उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-425-640-7009 (TTY: 711 या आपकी पसिंदी ररले सेवा) पर कॉल करें या अपने प्राता से बात करें।

日语

日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。情報を利用しやすい形式で提供するための適切な補助機器およびサービスも無料で提供されます。1-425-640-7009 (TTY: 711 またはご希望のリレーサービス) までお電話いただくか、担当者にご相談ください。

旁遮普语

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਪਹਿਲੇ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਉਵਚਤ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-425-640-7009 (TTY: 711 ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਸੰਦੀਦਾ ਰੀਲੇ ਸੇਵਾ) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

奥罗莫语

Yoo Afaan Oromoo dubbattu, tajaajilli gargaarsa afaanii kaffaltii malee ni argama. Odeeffannoo haala salphaan argamuun dhiyeessuuf meeshaalee fi tajaajiloonni gargaarsaa sirrii ta'anis kaffaltii malee ni kennamu. Gara 1-425-640-7009 (TTY: 711 ykn tajaajila dabarsaa filatamaa keessan) bilbilaa ykn dhiyeessaa keessan waliin haasa'aa.

法语

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-425-640-7009 (ATS: 711 ou votre service de relais préféré) ou parlez à votre prestataire.

请在此确认您已收到《隐私实践通知》。

患者姓名: _____

签名: _____

附件 B

《远程医疗协议》

远程医疗介绍

Mindful Therapy Group 的服务提供者（“服务提供者” / “Provider”）能够通过在线远程医疗平台提供虚拟诊疗服务。“远程医疗” (Telehealth) 包括使用交互式视频、音频和/或数据通信进行医疗服务、诊断及治疗咨询的实践。在进行远程医疗诊疗时，您将通过符合《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 标准的加密在线平台与您的服务提供者连接。

技术要求

您需要具备参与远程医疗诊疗所需的适当技术设备，并熟悉其使用。

信息交换

任何需交换的书面文件可能通过电子方式或邮寄方式提供。

在远程医疗诊疗期间，您的病史及受保护的健康信息 (PHI) 将通过交互式视频或音频与您进行讨论。

为治疗目的，您的服务提供者可能会与其他医疗专业人员分享您的病史及受保护的健康信息 (PHI)，分享方式可以是面对面、通过安全电子邮件或通过交互式视频/音频。

费用支付

在进行任何远程医疗诊疗前，我们要求您提供一张存档信用卡 (card on file)。我们将根据您的保险公司向我们提供的服务费用估算，从您的存档信用卡中扣款。收到保险公司更新信息后，我们保留调整扣款金额的权利。

本地执业人员

如需现场心理健康服务，您可以请求与您的服务提供者进行面对面诊疗。如果无法或不便与您的服务提供者进行面对面诊疗，您有责任联系您所在地区的执业人员。若您的服务提供者无法联系，您也可以联系您的初级保健医生。

技术风险

远程医疗服务依赖技术使用。在信息传输过程中存在风险，包括但不限于：保密性 (Confidentiality) 泄露、个人信息被盗，以及因技术故障导致的服务中断。

修订计划

您和您的服务提供者将定期重新评估继续使用这些技术为您提供服务的适当性，并根据需要修订治疗计划。

应急预案与服务中断

在远程医疗诊疗期间，若您遇到技术故障，最可靠的备用方案是直接联系您的服务提供者。若发生网络或平台故障，请使用服务提供者的备用联系信息。服务提供者可能会要求该联系信息仅在您预约的诊疗时段内用于解决技术困难。

在服务中断时，或出于常规或行政原因，可能需要通过其他方式进行沟通。在这些情况下，如果您无法接通服务提供者的备用联系电话，您可以致电 Mindful Therapy Group 行政办公室：425-640-7009。如果您在遇到技术困难时正经历紧急情况，请拨打 9-1-1（适用于所有紧急情况）或 9-8-8（适用于自杀危机或心理健康相关困扰）。

保密性

您有责任在客户端维护通讯的私密性。如果您选择参与远程医疗服务，您有责任选择一个安全的地点与技术辅助的媒介进行互动，并需意识到家人、朋友、雇主、同事、陌生人及黑客可能会窃听您的通讯或接触到您所使用的技术设备。此外，您同意不录制任何远程医疗诊疗过程。

法律与专业标准

适用于您的服务提供者当面心理健康服务的法律和专业标准，同样适用于远程医疗服务。本文件不取代其他协议、合同或知情同意文件。

远程医疗确认书

作为 Mindful Therapy Group 的患者/客户，本人确认将有机会（但非义务）使用视频会议平台（即远程医疗）与我的服务提供者进行诊疗。使用远程医疗服务由我和我的服务提供者共同酌情决定。

- 在使用远程医疗服务时，本人同意参与基于技术的诊疗，并授权与本人健康相关的信息以图像和数据形式，通过交互式视频连接，传输给本人的服务提供者以及参与本人医疗保健的其他人员，或由他们传出。
- 本人声明，本人使用的是自己的设备进行通讯，而非他人拥有的设备，且特别声明未使用雇主的电脑或网络。本人知晓，输入到雇主电脑中的任何信息都可能被法院认定为属于雇主，从而可能损害本人的隐私。
- 本人已仔细阅读本文件，并完全理解其益处与风险。本人已有机会提出任何问题并已获得满意答复。基于此认知，本人自愿同意参与远程医疗诊疗，包括但不限于在本协议所述条款下，被视为必要和适当的护理、治疗及服务。

患者姓名： _____

患者年龄与出生日期： _____

*若患者未满 18 周岁，关于须由何人签署本远程医疗协议的指引，请参阅《州法律附录》。

患者本人或代表签名： _____

若签名人非患者本人，请注明其权限/与患者的关系：

责任豁免

本人确认已阅读本段落，并明确理解其含义。本人无条件免除、使之免受损害、赔偿并解除 Mindful Therapy Group 和 Mindful Support Services 及其关联公司、承包商及员工因本人参与远程医疗而产生、引起或与之相关的任何及所有责任。这包括但不限于因本人或本人服务提供者未能保护技术设备安全或未能确保诊疗环境安全而导致的任何数据泄露。确保通讯不被窃听同样是本人的责任。

患者姓名： _____

患者年龄与出生日期： _____

*若患者未满 18 周岁，须由患者的父母或法定监护人在下方签名。

患者本人或代表签名： _____

若签名人非患者本人，请注明其权限/与患者的关系： _____

亚利桑那州附录

用于验证服务提供者执业资格的州许可委员会网站：

- 行为健康审查委员会 (Board of Behavioral Health Examiners):
<https://www.azbbhe.us/node/3>
- 医疗委员会 (Medical Board):
<https://azbomprod.azmd.gov/glsuiteweb/clients/azbom/public/webverificationsearch.aspx>
- 护理委员会 (Board of Nursing): <https://www.azbn.gov/license-verification>

远程心理健康的同意年龄：若患者未满 18 周岁，须由患者的父母或法定监护人代表患者同意接受远程心理健康服务；若患者年满 18 周岁或以上，可自行同意。依据：《亚利桑那州修订法规》第 36-2272 条 (Arizona Rev. Stat. § 36-2272)。

科罗拉多州附录

用于验证服务提供者执业资格的州许可委员会网站：

- 所有持牌专业人员：

<https://apps.colorado.gov/dora/licensing/Lookup/LicenseLookup.aspx>

远程心理健康的同意年龄：若患者未满 12 周岁，须由患者的父母或法定监护人代表患者同意接受远程心理健康服务；若患者年满 12 周岁或以上，可自行（无需父母参与）同意。依据：《科罗拉多州修订法规》第 12-245-203.5 条 (Colorado Rev. Statutes § 12-245-203.5)。

明尼苏达州附录

用于验证服务提供者执业资格的州许可委员会网站：

- 行为健康与治疗委员会 (Board of Behavioral Health & Therapy):
<https://bht.hlb.state.mn.us/#/onlineEntitySearch>
- 社会工作委员会 (Board of Social Work):
<https://soc.hlb.state.mn.us/#/services/onlineLicenseSearch>
- 婚姻与家庭治疗委员会 (Board of Marriage and Family Therapy):
<https://mft.hlb.state.mn.us/#/services/onlineLicenseSearch>
- 护理委员会 (Board of Nursing):
<https://mbn.hlb.state.mn.us/#/services/onlineEntitySearch>
- 医疗实践委员会 (Board of Medical Practice):
<https://bmp.hlb.state.mn.us/#/onlineEntitySearch>

远程心理健康的同意年龄：若患者未满 16 周岁，须由患者的父母或法定监护人代表患者同意接受远程心理健康服务。若患者年满 16 周岁或以上，可自行（无需父母参与）同意接受远程心理健康服务。依据：《明尼苏达州法规》第 144.3431 条 (Minnesota Statutes § 144.3431)。若患者未满 16 周岁，在某些情况下，未成年患者可以自行同意接受治疗。关于同意年龄规则的例外标准，请参阅《明尼苏达州法规》第 144.341、144.342 和 144.344 条。

Mindful Therapy Group, P.C. 与您的服务提供者之间的财务安排通知

Mindful Therapy Group, P.C.（简称“Mindful Therapy Group”）是一家专业公司，通过与独立执业的持牌临床医生（“服务提供者成员”）签订合同来提供心理健康服务。

当您通过 Mindful Therapy Group 接受服务提供者成员的服务时，您每次访视所产生的总账单费用既反映了 (1) 由您的服务提供者成员亲自提供的专业临床服务，也反映了 (2) 由 Mindful Therapy Group 提供的非临床行政和商业服务。

服务提供者成员根据与 Mindful Therapy Group 的书面协议获得报酬。报酬是预先确定的，并反映了所提供的专业和行政服务的公平市场价值。您的服务提供者成员对为您提供的所有临床决定和治疗负全部责任。

具体合同条款（如确切的百分比或商业细节）属于专有信息，未包含在本通知中，但您可以随时就此项安排提出疑问。您可以自由选择任何符合资质的医疗保健服务提供者或诊所来为您提供服务，并未被强制要求必须从 Mindful Therapy Group 或任何与 Mindful Therapy Group 关联的服务提供者成员处接受护理。您关于在何处接受服务的决定不会影响您在其他地方获得治疗的能力。

内华达州附录

用于验证服务提供者执业资格的州许可委员会网站：

- 社会工作者审查委员会 (Board of Examiners for Social Workers): <https://services.socwork.nv.gov/verify/index.asp>
- 心理审查委员会 (Board of Psychological Examiners): <https://psyexam.nv.gov/License-Lookup/>
- 婚姻与家庭治疗师及临床专业顾问审查委员会 (Board of Examiners for Marriage and Family Therapists & Clinical Professional Counselors): <https://marriage.nv.gov/>
- 医疗审查委员会 (Board of Medical Examiners): <https://nsbme.us.thentiacloud.net/webs/nsbme/register/>
- 护理委员会 (Board of Nursing): <https://nvbn.boardsofnursing.org/licenselookup>

远程心理健康的同意年龄：若患者未满 18 周岁，须由患者的父母或法定监护人代表患者同意接受远程心理健康服务；若患者年满 18 周岁或以上，可自行同意。依据：《内华达州修订法规》第 433.484 条 (Nevada Rev. Stat. § 433.484)。

俄勒冈州附录

用于验证服务提供者执业资格的州许可委员会网站：

- 持牌专业顾问与治疗师委员会 (Board of Licensed Professional Counselors and Therapists): <https://www.oregon.gov/oblpc/Pages/index.aspx>
- 持牌社会工作者委员会 (Board of Licensed Social Workers): <https://www.oregon.gov/blsw/Pages/index.aspx>
- 医疗委员会 (Medical Board): <https://omb.oregon.gov/search>
- 护理委员会 (Board of Nursing): https://www.oregon.gov/osbn/pages/primary_source_verification.aspx

远程心理健康的同意年龄：若患者未满 14 周岁，须由患者的父母或法定监护人代表患者同意接受远程心理健康服务；若患者年满 14 周岁或以上，可自行（无需父母参与）同意。依据：《俄勒冈州修订法规》第 109.675 条 (Oregon Rev. Stat. § 109.675)。

德克萨斯州附录

用于验证服务提供者执业资格的州许可委员会网站：

- 德克萨斯州所有持牌行为健康服务提供者均可通过德克萨斯州行为健康执行委员会 (Texas Behavioral Health Executive Council) 进行验证：<https://bhec.texas.gov/verify-a-license/>

远程心理健康服务的同意年龄：若患者未满 18 周岁，接受远程心理健康服务需要父母或法定监护人的同意；根据《德克萨斯州家庭法》第 32.004 条 (Texas Family Code § 32.004)，若未成年人符合特定情况，可自行同意接受远程心理健康服务。

华盛顿州附录

用于验证服务提供者执业资格的州许可委员会网站：

- 所有持牌医疗保健服务提供者：<https://fortress.wa.gov/doh/providercredentialsearch/>

心理健康服务的同意年龄：若患者未满 18 周岁，须由患者的父母或法定监护人代表患者同意接受心理健康服务，除非该患者经服务提供者评估为“成熟未成年人” (Mature Minor)；若患者年满 18 周岁或以上，可自行同意。依据：《华盛顿州修订法典》第 7.70.065 条 (Rev. Code Washington § 7.70.065)。