



**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™**

Here for you

201 Third Street, 7th Floor • San Francisco, CA 94103
(415) 547-7800 • FAX (415) 547-7821 • www.sfhp.org

San Francisco Health Plan

Уведомление о правилах конфиденциальности

Что требуется от SFHP, чтобы защитить вашу медицинскую информацию?

Действительно: 1 января 2006 г. (Обновлено 1 марта 2009 г.)

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ УКАЗАНО, КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ. В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ТАКЖЕ УКАЗАНО, КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ.

Закон обязывает San Francisco Health Plan (SFHP) сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации. Мы также обязаны информировать вас о наших правилах в отношении сохранения конфиденциальности вашей медицинской информации (PHI). Сокращение PHI означает “защищенная медицинская информация” и будет использоваться до конца данного документа.

Мы соглашаемся соблюдать правила сохранения конфиденциальности, изложенные в данном уведомлении. Мы имеем право изменять условия данного уведомления. Мы также имеем право составить новое уведомление, которое будет действовать в отношении всей имеющейся у нас PHI. Если нам потребуется внести изменения, мы направим вам новый вариант этого документа. Копия уведомления будет отправлена на ваш почтовый адрес, имеющийся в нашей базе данных.

Каким образом SFHP использует и разглашает мою PHI?

SFHP хранит данные о вашем здоровье, которые включают...

- историю исков,
- информацию о зачислении в план медицинского страхования,
- записи по ведению дела и
- предварительные согласия на медицинские услуги.

Мы сохраняем эти данные и делимся ими с третьими лицами по следующим причинам:

- *Лечение.* SFHP использует вашу PHI, чтобы спланировать ваше медицинское обслуживание. Например, мы сообщаем вашу PHI больницам, клиникам, лечащим врачам и другим поставщикам медицинских услуг, чтобы помочь им обеспечивать вам медицинское обслуживание.
- *Оплата.* SFHP использует и разглашает вашу PHI, чтобы оплатить получаемые вами медицинские услуги. Например, мы сообщаем поставщикам медицинских услуг, что вы являетесь участником SFHP, и информируем их о ваших льготах.
- *Работа плана.* SFHP использует и разглашает вашу PHI, когда это необходимо для обеспечения работы нашего плана медицинского страхования. Например, мы используем данные об исках участников для внутренней отчетности и в целях обеспечения качества.

- *Подрядчики и агенты.* Мы сообщаем PHI нашим подрядчикам и агентам для решения перечисленных выше задач. Перед разглашением информации для оплаты или в деловых целях мы заключаем договоры о соблюдении конфиденциальности. Например, компании, которые предоставляют нам компьютерные услуги или осуществляют обслуживание оргтехники, могут иметь доступ к PHI во время проведения этих работ.
- *Связь с вами.* Мы можем связываться с вами, чтобы напомнить о назначенном приеме у врача или сообщить информацию о доступных для вас видах лечения. Мы также можем связаться с вами по другим вопросам, связанным с медицинским обслуживанием.

Могут ли другие люди, имеющие отношение к моему лечению, иметь доступ к моим данным?

Да, если мы считаем это необходимым, мы можем сообщить эту информацию вашему другу или члену семьи, который имеет непосредственное отношение к вашему лечению или оплачивает его. Сюда входит ответ на телефонные звонки по вопросам правомерности участия и статусе исков.

Может ли моя PHI быть передана третьим лицам без моего согласия?

Да, мы можем разглашать вашу PHI без вашего согласия. PHI может быть сообщена правительственным и другим организациям, когда мы обязаны или уполномочены это сделать согласно закону. Далее приведен список ситуаций, когда мы можем разглашать PHI без вашего разрешения:

- Разглашение информации требуется законом штата или федеральным законодательством.
- Сообщение информации организациям, которые отвечают за управление системой здравоохранения, аудит, проверки или расследования.
- При предъявлении решения суда или
- Для предоставления в суд или адвокату в делах, связанных с работой Medi-Cal. Это может включать мошенничество или действия, направленные на получение денег от других лиц, когда Medi-Cal уже оплатила ваши медицинские иски.

Есть ли случаи, когда моя PHI не разглашается?

Ваша PHI может попадать под действие законов, которые ограничивают или запрещают некоторые виды использования или разглашения этих данных. Например, существуют ограничения по разглашению PHI, связанные со

- статусом ВИЧ/СПИД,
- лечением психических расстройств,
- пороками развития и
- лечением алкогольной и наркотической зависимости.

Мы соблюдаем эти ограничения при работе с PHI. Мы не допускаем прочие виды использования или разглашения вашей PHI без вашего письменного согласия.

Ваши личные права

Какими правами я обладаю как участник San Francisco Health Plan?

Как участник SFHP вы имеете следующие права:

- Вы имеете право попросить нас об ограничении использования и разглашения вашей PHI в определенных случаях. SFHP не обязан соглашаться на какие-либо ограничения, о которых просит участник.
- Вы имеете право попросить нас связываться с вами только в письменной форме или направлять сообщения по другому адресу, на другой почтовый ящик или по телефону. Мы выполняем просьбы, когда это необходимо для защиты вашей конфиденциальности.
- Вы имеете право просматривать и копировать медицинские записи, которые есть у SFHP. Мы должны получить от вас запрос в письменной форме. Мы ответим на ваш запрос в течение 30 дней. Если ваши данные хранятся в другом месте, дайте нам 60 дней для ответа. Копирование ваших записей может оказаться для вас платным. SFHP может отклонить ваш запрос. Иногда, в случае отклонения вашей просьбы мы сообщаем вам о причине отказа в письменной форме. Вы имеете право подать апелляцию в случае отказа. Чтобы получить PHI, которая хранится не у SFHP, вам может потребоваться обратиться к своему поставщику медицинских услуг.
- Если вы считаете, что информация в наших записях неверна, вы имеете право попросить изменить ее. Мы можем отклонить ваш запрос. Если ваша просьба отклонена, вы имеете право подать заявление, которое будет приложено к досье.
- Вы имеете право получить отчет о случае нестандартного разглашения вашей PHI с нашей стороны. Срок давности для такого запроса не должен превышать шесть лет. Существуют некоторые ограничения. Например, у нас нет записей об
 - информации, которая была разглашена с вашего разрешения;
 - информации, которая была разглашена в связи с лечебной необходимостью, для проверки оплаты медицинских услуг или осуществления работы SFHP;
 - информации, которая было сообщена вам и
 - некоторых других случаях разглашения.

Что я могу делать?

Вы можете воспользоваться любым из своих прав, предварительно отправив письмо нашему инспектору по вопросам конфиденциальности по указанному ниже адресу. Если вам требуется помощь в составлении запроса, позвоните по указанному ниже телефону.

Как я могу подать жалобу, если нарушены мои права на конфиденциальность?

Вы имеете право подать жалобу нашему инспектору по вопросам конфиденциальности. Вы должны предоставить нам конкретные факты, изложенные в письменной форме, для подтверждения своей жалобы. Вы также можете обратиться с жалобой к секретарю службы здравоохранения и социального обеспечения.

SFHP не будет принимать в отношении вас никаких ответных мер за подачу жалобы. Подача жалобы не приведет к ухудшению качества оказываемых вам медицинских услуг как участнику SFHP.

Свяжитесь с SFHP по адресу:

San Francisco Health Plan, Privacy and Security Officer

201 Third Street, 7th Floor
San Francisco, CA 94103
(415) 547-7818.

Свяжитесь с секретарем службы здравоохранения и социального обеспечения (Secretary of Health and Human Services) по адресу:

Secretary of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Почтовый адрес: 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201

Свяжитесь с инспектором по вопросам конфиденциальности Департамента здравоохранения штата Калифорния (California Department of Health Services, Privacy Officer):

Privacy Officer
Office of Legal Services
California Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0011
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7750 or (877) 735-2929 TTY/TDD
Электронная почта: privacyofficer@dhcs.ca.gov