



**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](http://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 учетности 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 или.
- При предъявлении решения суда.

### **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, 7<sup>th</sup> 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