

Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN

Healthy Workers HMO

Уведомление о защите конфиденциальности

Дата вступления в силу: 1 июля 2022 г.

Данное Уведомление разъясняет, каким образом может использоваться и разглашаться ваша медицинская информация и как вы можете получить к ней доступ. **Прочтите внимательно.**

Ваши права

Вы имеете право:

- получить копию вашей медицинской карты и документов по исковым требованиям;
- вносить исправления в медицинскую карту и документы по исковым требованиям;
- требовать соблюдения конфиденциальности коммуникаций;
- попросить нас ограничить объем разглашаемой нами информации;
- Ограничивать передачу информации об оказываемых вам конфиденциальных услугах;
- получить перечень лиц, которым мы предоставляли вашу информацию;
- получить копию данного Уведомления о защите конфиденциальности;
- выбрать представителя, который будет действовать от вашего имени;
- подать жалобу, если вы считаете, что были нарушены ваши права в отношении конфиденциальности.

Ваши возможности

У вас есть возможность выбрать, как мы должны использовать и разглашать вашу информацию, когда:

- отвечаем на вопросы по страховке от членов вашей семьи и друзей;
- предоставляем информацию в случае стихийных бедствий;

- рекламируем наши услуги. SFHP не продает вашу информацию.

Использование и разглашение нами вашей информации

**Мы можем использовать и сообщать ваши данные
вследующих ситуациях:**

- помощь в координировании предоставляемого вам медицинского лечения;
- осуществление деятельности нашей организации;
- оплата вашего медицинского обслуживания;
- управление вашим планом медицинского страхования;
- оказание помощи в вопросах общественного здравоохранения и обеспечения безопасности;
- проведение исследований;
- в рамках соблюдения законодательных требований;
- в ответ на запросы на трансплантацию органов и тканей и в рамках работы с патологоанатомом или сотрудником похоронного бюро;
- в рамках удовлетворения исков по выплате компенсаций рабочим, запросов правоохранительных органов и прочих правительственных запросов;
- в рамках судебных исков и процессов.

Ваши права

Вы имеете определенные права в вопросах, касающихся вашей медицинской информации.

В данном разделе изложены ваши права и некоторые из наших обязанностей для оказания вам помощи.

Получать копию медицинской карты и документов по исковым требованиям

- Вы можете попросить показать вам или предоставить копию ваших медицинских записей и документов по исковым требованиям, а также прочей вашей медицинской информации, которая есть у нас. Обратитесь к нам, чтобы узнать, как это сделать.
- Мы предоставим вам копию или краткую выписку по вашей медицинской информации и документам по исковым требованиям. Обычно такие запросы обрабатываются в течение 30 дней с момента их получения. Мы можем установить разумную плату за эту услугу, исходя из расходов, которые потребуются.

Просить нас внести исправления в медицинскую карту и документы по исковым требованиям

- Вы можете попросить нас внести исправления в вашу медицинскую информацию и документы по исковым требованиям, если считаете, что эти данные являются неверными или неполными. Обратитесь к нам, чтобы узнать, как это сделать.
- Мы можем отказать в вашей просьбе, однако мы обязаны сообщить вам причину отказа в течение 60 дней.

Попросить соблюдать конфиденциальность коммуникаций

- Попросить нас связываться с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону), использовать для связи с вами определенный адрес электронной почты или направлять корреспонденцию на другой почтовый адрес;
- Мы удовлетворим ваш запрос, если сможем оперативно предоставлять информацию и уведомления тем способом и по тому адресу, которые вы указываете;

- Если вы подадите запрос об обеспечении конфиденциальности коммуникаций по телефону или электронным способом, мы начнем связываться с вами тем способом и по тому адресу, которые вы указываете, в течение 7 календарных дней с момента получения запроса. Если вы подадите запрос об обеспечении конфиденциальности коммуникаций по почте, мы начнем связываться с вами тем способом и по тому адресу, которые вы указываете, в течение 14 календарных дней с момента получения запроса.
- Ваш запрос на обеспечение конфиденциальности коммуникаций действует до тех пор, пока вы не отзовете его или не подадите новый запрос.

Попросить нас ограничить объем используемой или разглашаемой информации

- Вы можете попросить нас не использовать и не разглашать определенную информацию о лечении, оплате или нашей работе.
- Мы не обязаны удовлетворять вашу просьбу и можем отказать в ней, если она может сказаться на вашем лечении.

Ограничивать передачу информации об оказываемых вам конфиденциальных услугах;

- Конфиденциальные услуги включают в себя медицинское обслуживание, относящееся к охране психического здоровья, услуги по поддержанию репродуктивного и сексуального здоровья, лечение инфекций, передаваемых половым путем (включая ВИЧ и СПИД), лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, услуги для трансгендерных людей и обслуживание в случае насилия со стороны сексуального партнера.
- Вам не нужно получать разрешение на получение конфиденциальных услуг или подавать заявление о возмещении расходов, если вы можете дать согласие на обслуживание. Вам нужно достичь определенного возраста или быть дееспособными, чтобы дать согласие, в зависимости от запрашиваемого типа конфиденциальной услуги.

Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

- Мы не будем разглашать вашу медицинскую информацию, относящуюся к конфиденциальным услугам, без вашего явного письменного разрешения.
- О конфиденциальных услугах мы будем разговаривать только с вами лично. Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом, запросив обеспечение конфиденциальности коммуникаций.
- Мы не будем требовать от вас отказаться от своих прав, чтобы зарегистрироваться в программе или получить страховое покрытие по программе.

Получить перечень лиц, которым мы предоставляли вашу информацию

- Вы можете потребовать перечень (отчет) ситуаций, когда мы сообщали вашу информацию, за шестилетний период до даты запроса, с указанием лиц и причин разглашения ваших данных.
- Мы предоставим данные обо всех фактах разглашения ваших данных, кроме сведений об оплате, лечении и деятельности в рамках медицинского обслуживания, а также ряде определенных прочих фактов разглашения (например, сделанных по вашей просьбе).
- Мы предоставляем один отчет в год бесплатно, однако при повторном обращении с таким запросом в течение 12 месяцев за услугу будет установлена разумная плата, исходя из затрат.

Получить копию данного Уведомления о защите конфиденциальности

Вы можете в любое время попросить предоставить вам бумажную копию данного Уведомления, даже если вы согласились получать его в электронной форме. Мы в кратчайшие сроки предоставим вам бумажную копию документа.

Выбрать представителя, который будет действовать от вашего имени

- Если вы выдали кому-либо доверенность на право представлять ваши интересы или есть лицо, которое является вашим законным опекуном, данное лицо может пользоваться вашими правами и выбирать варианты использования вашей медицинской информации.
- Мы обязаны убедиться, что данное лицо обладает такими полномочиями и может действовать от вашего имени, прежде чем предпринимать какие-либо действия с нашей стороны.

Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права нарушаются

- Вы можете пожаловаться, если мы нарушили ваши права. Для этого вам необходимо связаться с нами (контактная информация указана на странице б).
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights): отправив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; позвонив по телефону **1(877) 696-6775**; заполнив форму на веб-сайте **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.
- Мы не будем принимать какие-либо ответные меры против вас за подачу вами жалобы.

Ваши возможности

В отношении определенной медицинской информации вы можете сообщить нам свои пожелания относительно того, какие сведения мы можем разглашать. Если у вас есть определенные пожелания относительно того, как мы можем разглашать ваши данные в описанных далее ситуациях, обсудите это с нами. Сообщите нам, что вы бы хотели, чтоб мы сделали, и мы выполним ваши указания.

В этих ситуациях у вас есть право и возможность потребовать от нас:

- сообщать информацию вашей семье, близким друзьям и прочим лицам, участвующим в оплате расходов за ваше медицинское обслуживание;
- сообщать информацию в рамках помощи при стихийных бедствиях.

Если вы не в состоянии сообщить нам свои пожелания, например если вы находитесь без сознания, мы можем продолжать разглашать ваши данные, если считаем, что это в ваших интересах. Мы также можем разглашать ваши данные, если есть необходимость предотвратить неминуемую и серьезную угрозу здоровью или безопасности.

В следующих случаях мы *никогда* не разглашаем вашу информацию без вашего письменного разрешения:

- маркетинговые цели;
- продажа вашей информации. (Однако SFHP никогда не будет продавать вашу информацию.)

Использование и разглашение нами вашей информации

Как мы обычно используем или разглашаем вашу медицинскую информацию?

Обычно мы используем и разглашаем вашу медицинскую информацию следующим образом.

Помощь в координировании предоставляемого вам медицинского лечения

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и сообщать ее профессиональным медработникам, которые осуществляют ваше лечение.

Пример. Врач направляет нам сведения о вашем диагнозе и плане лечения, чтобы мы смогли организовать предоставление вам дополнительных услуг.

Осуществление деятельности нашей организации

- Мы можем использовать и сообщать вашу информацию, чтобы вести деятельность нашей организации и связываться с вами при необходимости.
- Мы не имеем права использовать вашу генетическую информацию для принятия решения о предоставлении вам страхового покрытия и определения цены страховки. Данное требование не распространяется на планы долгосрочного медицинского ухода.

Пример. Мы используем вашу медицинскую информацию для повышения качества предоставляемых вам услуг.

Оплата вашего медицинского обслуживания

- Мы можем использовать и сообщать вашу медицинскую информацию в рамках оплаты вашего медицинского обслуживания.

Пример. Мы сообщаем ваши данные вашему плану страхования стоматологических услуг для координирования оплаты предоставляемых вам услуг стоматолога.

Управление вашим планом медицинского страхования

- Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию спонсору вашего плана медицинского страхования для осуществления управления планом.

Пример. Работодатели и прочие организации финансируют программы медицинского страхования. Эти работодатели или спонсоры заключают договоры о сотрудничестве с SFHP для предоставления вам услуг и оплаты страховых требований. Мы можем уведомлять спонсора плана в случае вашего зачисления в план или исключения из него. Мы также можем сообщать вашу медицинскую информацию, чтобы спонсор плана мог проверить качество работы SFHP. Спонсор соглашается обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации.

Каким еще образом мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию?

Мы можем или обязаны разглашать вашу информацию в других целях — обычно в общественных интересах, например для охраны здоровья населения или проведения исследований. Для разглашения вашей информации в этих целях мы должны соблюдать множество законодательных требований.

Более подробную информацию см. на веб-сайте: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Оказание помощи в вопросах общественного здравоохранения и обеспечения безопасности

Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию в определенных ситуациях, таких как

- профилактика заболеваний;
- содействие в отзыве продукции;
- сообщение о побочных реакциях на препараты;
- сообщение о подозреваемых фактах жестокого обращения, халатности или домашнего насилия;
- предотвращение или снижение вероятности серьезной угрозы для чьего-либо здоровья или безопасности.

Проведение исследований

- Мы можем использовать или сообщать вашу медицинскую информацию в целях проведения медицинских исследований.

В рамках соблюдения законодательных требований

Мы обязаны сообщать сведения о вас, если этого требует федеральное законодательство или законы штата, в том числе мы обязаны сообщать эту информацию Департаменту здравоохранения и социального обеспечения США, если он захочет убедиться, что мы соблюдаем федеральный закон о защите конфиденциальности данных.

- В ответ на запросы на трансплантацию органов и тканей и в рамках работы с патологоанатомом или сотрудником похоронного бюро.

- Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся поиском донорских органов.
- Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию судебному следователю, патологоанатому или сотрудникам похоронного бюро в случае вашей смерти.

В рамках удовлетворения исков по выплате компенсаций рабочим, запросов правоохранительных органов и прочих правительственных запросов

Мы можем использовать или сообщать вашу медицинскую информацию в следующих ситуациях:

- в рамках удовлетворения исков по выплате компенсации рабочим;
- в целях обеспечения законности или представителям правоохранительных органов;
- службам по надзору в сфере здравоохранения для выполнения предусмотренных законом мероприятий;
- в целях осуществления определенных правительственных функций, таких как проведение военных мероприятий, обеспечение национальной безопасности и услуги по охране президента.

В рамках судебных исков и процессов

Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию в ответ на судебное или административное постановление или в ответ на повестку в суд.

Наши обязанности

- Согласно требованиям закона мы обязаны сохранять конфиденциальность в отношении вашей защищенной медицинской информации и охранять ее.
- Мы немедленно уведомим вас в случае выявления факта утечки информации, в результате которого могла пострадать конфиденциальность или безопасность ваших данных.
- Мы должны соблюдать обязанности и правила защиты конфиденциальности, изложенные в данном Уведомлении, а также предоставить вам экземпляр данного документа.

Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

- Мы не будем использовать или разглашать ваши данные в каких-либо целях, отличных от описанных в данном Уведомлении, за исключением случаев, когда вы в письменной форме дадите нам разрешение на такие действия. Если вы разрешите нам использовать и разглашать ваши данные, вы можете в любое время передумать. Вам следует сообщить нам в письменной форме, если вы измените свое решение.

Более подробную информацию см. на веб-сайте:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/notic pepp.html.

Изменения в положениях данного Уведомления

Мы можем вносить изменения в положения данного Уведомления, и эти изменения будут распространяться на имеющиеся у нас сведения о вас. Новое Уведомление предоставляется по запросу, также с ним можно ознакомиться на нашем веб-сайте, и мы направим вам его по почте.

Контактная информация SFHP

San Francisco Health Plan

Attn: Officer, Regulatory Affairs and Compliance
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119-4247
Тел.: **1(415) 547-7800**
или **1(800) 288-5555** (бесплатная линия)

Контактная информация секретаря Департамента здравоохранения и социального обеспечения

Secretary of Health and Human Services Office of Civil Rights

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201