

# Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

**SAN FRANCISCO  
HEALTH PLAN**



*Here for you*

**SAN FRANCISCO HEALTH PLAN**

**Уведомление о защите конфиденциальности**

**Дата вступления в силу: 1 июля 2021 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;
- Запрашивать определенную медицинскую информацию через выбранное вами стороннее приложение в соответствии с Правилами обмена информацией;
- попросить нас ограничить объем разглашаемой нами информации;
- 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;
- Предоставляем вам определенную медицинскую информацию через выбранное вами стороннее приложение в соответствии с Правилами обмена информацией.

## **Использование и разглашение нами вашей информации**

**Мы можем использовать и сообщать ваши данные в следующих ситуациях:**

- помочь в координации 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;
- Передаем вам в ответ на ваш запрос определенную медицинскую информацию через выбранное вами стороннее приложение в соответствии с Правилами обмена информацией;
- 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 правительственные 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, к оторая 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.
- Вы можете запрашивать определенную медицинскую информацию через выбранное вами стороннее приложение в соответствии с Правилами обмена информацией.

#### 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

- Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или направлять корреспонденцию на другой адрес.
- Мы рассмотрим все разумные просьбы и должны удовлетворить их, если вы сообщите нам, что наш отказ поставит вас в опасную ситуацию.

#### 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 оказаться на вашем лечении.

#### 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 6).
- 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/](http://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.

## **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 координации 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](http://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.

## Правила обмена информацией

- Правила обмена информацией обязывают планы регулируемого обслуживания Medi-Cal, одним из которых мы являемся, предоставлять вам определенные медицинские данные за период до пяти лет, когда вы запрашиваете их через выбранное вами стороннее приложение.
- Стороннее приложение вы выбираете на своем смартфоне.
- Сторонние приложения обязаны соблюдать требования к защите ваших данных. Подробности ищите в разделе «Полезная информация для участников плана» на нашем сайте.

- Мы не несем ответственности за выбранное вами стороннее приложение и не несем ответственности за ваши данные, переданные стороннему приложению по вашему запросу.

## **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 правительственные 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 правительственные 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.
- В соответствии с Правилами обмена информацией, если выбранное вами стороннее приложение несет угрозу нашей информационной безопасности, мы не обязаны передавать этому приложению ваши данные.
- 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/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.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, DC 20201

## **Контактная информация Department of Healthcare Services, Privacy Officer в:**

### **Privacy Officer**

c/o Office of Legal Services

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

Тел.: **1(888) 866-0602**

имейл: [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)