

# Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.



SAN FRANCISCO HEALTH PLAN

Medi-Cal

Уведомление о практиках защиты конфиденциальности

действует с: 1 декабря 2024 г.

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

## Ваши права

Вы имеете право:

- Получить копии медицинской карты и документов по требованиям об оплате
- Вносить исправления в медицинскую карту и в документы по требованиям об оплате
- Требовать соблюдения конфиденциальности при коммуникации с вами
- Запрашивать определенную медицинскую информацию через выбранное вами стороннее приложение в соответствии с Правилами обмена информацией
- Попросить нас ограничить объем раскрываемой нами информации
- Ограничить передачу информации об оказываемых вам услугах в деликатных ситуациях
- Получить перечень лиц, которым мы предоставляли информацию о вас
- Получить копию настоящего Уведомления о 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 решить, как нам следует использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, когда мы:

- Отвечаем на вопросы в отношении страховки от членов вашей семьи и друзей
- Предоставляем информацию в случае стихийных бедствий
- Рекламируем наши услуги. SFHP не торгует персональными данными.
- Предоставляем вам определенную медицинскую информацию через выбранное вами стороннее приложение в соответствии с Правилами обмена информацией.

## Использование и разглашение информации с нашей стороны

**Мы можем использовать и передавать ваши данные, когда мы:**

- Мы помогаем координировать предоставляемое вам лечение
- Мы осуществляем нашу деятельность
- Мы оплачиваем ваше медицинское обслуживание
- Осуществляем управление вашим планом медицинского страхования
- Мы предоставляем помощь по вопросам общественного здоровья и безопасности
- Мы проводим исследования
- Мы придерживаемся требований закона

# Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

---

- Отвечаем на ваш запрос о ваших данных через выбранное вами стороннее приложение в соответствии с Правилами обмена информацией
- Отвечаем на запросы о трансплантации органов и тканей и в рамках сотрудничества с патологоанатомами или сотрудниками похоронных бюро
- Мы исполняем требования о выплате компенсаций работникам, отвечаем на запросы правоохранительных и других государственных органов
- Мы исполняем требования в рамках судебных исков и процессов
- Мы рассмотрим все разумные запросы и удовлетворим их, если вы сообщите, что в результате нашего отказа вы окажетесь в опасной ситуации.

Ваша расовая и этническая принадлежность, язык, сексуальная ориентация и гендерная идентификация защищены нашими системами и законами. Это означает, что предоставляемая вами информация является конфиденциальной и хранится в безопасности. Мы можем предоставлять эту информацию только поставщикам медицинских услуг. Она не будет предоставляться третьим лицам без вашего разрешения или согласия. Мы используем эту информацию для повышения качества предоставляемого вам медицинского обслуживания и лечения. Эта информация поможет нам:

- Лучше понимать ваши медицинские потребности.
- Знать о ваших языковых предпочтениях при приеме у поставщиков медицинских услуг.
- Предоставлять медицинскую информацию для соответствия вашим потребностям в медицинском обслуживании.
- Предлагать вам специализированные медицинские программы для поддержания здоровья.
- Эта информация не используется в целях страхования или принятия решений относительно того, можете ли вы пользоваться нашими услугами.

## Ваши права

**У вас есть определенные права относительно обращения с вашей медицинской информацией.** В этом разделе изложены ваши права и некоторые из наших обязанностей.

### Получать копии медицинской карты и требований об оплате

- Вы можете попросить предоставить вам копии медицинских записей и требований об оплате, а также прочей медицинской информации, которой мы располагаем в вашем отношении. Для этого вам необходимо связаться с нами.
- Мы обычно предоставляем копии или сводки медицинской информации и требований об оплате в течение 30 дней с момента получения запроса. Мы можем вводить умеренную плату за эту услугу.
- 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 требования об оплате

- Вы можете попросить нас внести исправления в вашу медицинскую информацию и требования об оплате, если вы считаете, что некоторые данные являются неверными или неполными. Для этого вам необходимо связаться с нами.
- Мы можем отказать вам в выполнении этого запроса, однако мы обязаны сообщить вам причину отказа в течение 60 дней.

### Требовать соблюдения конфиденциальности при коммуникации с вами

- Вы можете 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 передать информацию и уведомления тем способом и по тому адресу, которые вы указали.

## Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

---

- Если вы подадите запрос о конфиденциальной коммуникации по телефону или электронным способом, мы начнем связываться с вами указанным способом и по указанному адресу в течение 7 календарных дней с момента получения запроса. Если вы подадите запрос о конфиденциальной коммуникации по почте, мы начнем связываться с вами указанным способом и по указанному адресу в течение 14 календарных дней с момента получения запроса.
- Ваш запрос о конфиденциальной коммуникации действует до тех пор, пока вы не отзовете его или не подадите новый запрос.

### **Просить нас ограничить объем используемой или раскрываемой нами информации**

- Вы можете попросить нас не использовать и не разглашать определенную информацию о вашем лечении, оплате или нашей работе.
- Мы не обязаны удовлетворять ваш запрос и можем отказать вам, если это может негативно сказаться на вашем лечении.

### **Ограничить передачу информации об оказываемых вам услугах в деликатных ситуациях**

- Помощь в деликатных ситуациях — это услуги, связанные с медицинским обслуживанием в области психического здоровья; сексуального и репродуктивного здоровья; заболеваний, передающихся половым путем (в том числе HIV и AIDS); расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ; а также услуги, связанные с подтверждением гендерной идентичности или с насилием со стороны полового партнера.
- Вам не нужно чье-либо разрешение на то, чтобы получать такие услуги или требовать оплаты соответствующих расходов, если вы правомочны давать согласие на оказание таких услуг. Вам нужно достичь определенного возраста или быть дееспособными, чтобы иметь право давать согласие на оказание вам таких услуг в зависимости от запрашиваемой услуги.
- Мы обязуемся не разглашать вашу медицинскую информацию, касающуюся помощи в деликатных ситуациях, без вашего письменного разрешения.

- Информацию о таких услугах мы будем предоставлять только вам лично. Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом путем подачи запроса о конфиденциальной коммуникации.
- Мы не будем требовать от вас отказаться от своих прав, чтобы зарегистрироваться в программе или получить страховое покрытие.

### **Запрет на раскрытие информации**

- Мы не будем разглашать вашу медицинскую и личную информацию об аборте по запросу суда или по другому запросу в соответствии с законами другого штата, которые нарушают ваши права в рамках Закона о защите конфиденциальности в отношении вопросов репродуктивности.
- Мы не будем разглашать медицинскую информацию о ребенке, который получает медицинские услуги по подтверждению пола, а также психиатрические услуги в рамках подтверждения пола в ответ на любые гражданские иски, включая повестки от зарубежных инстанций.
- Мы не будем предоставлять медицинскую информацию запросившим ее лицам или организациям, если закон другого штата разрешает подачу гражданского иска в отношении получения ребенком терапии или психиатрической помощи в отношении подтверждения пола.
- Получать списки лиц и организаций, которым мы предоставляем информацию.
- Вы можете попросить предоставить вам перечень (отчет) ситуаций, в которых мы сообщали информацию о вас, за шесть лет, предшествующих запросу, с указанием лиц и причин предоставления данных.
- Мы предоставим данные обо всех фактах разглашения вашей информации, кроме сведений об оплате, лечении и деятельности в рамках медицинского обслуживания, а также о ряде некоторых других случаев раскрытия информации (например сделанных по вашей просьбе).

# Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

---

- 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 на ее предоставление.

## **Получить копию настоящего Уведомления о конфиденциальности**

Вы можете в любое время попросить нас предоставить вам бумажную копию настоящего 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 принятие медицинских решений или если у вас есть законный опекун, такое лицо может осуществлять ваши права и принимать решения в отношении использования вашей медицинской информации.
- Мы обязаны убедиться в том, что такое лицо обладает указанными полномочиями и может действовать от вашего имени, прежде чем предпринимать какие-либо действия.

## **Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права были нарушены**

- Вы можете подать жалобу, если мы нарушили ваши права, связавшись с нами по каналам, указанным на странице 7.
- Вы можете подать жалобу в U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, отправив письмо на адрес 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону **1(877) 696-6775** или через сайт **[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)**.
- Вы не будете подвергаться преследованиям с нашей стороны за подачу жалобы.

## **Ваши возможности**

**В отношении некоторой медицинской информации вы можете сообщить нам свои пожелания относительно того, какие сведения мы можем раскрывать.** Если у вас есть пожелания относительно того, как мы должны разглашать ваши данные в описанных ниже ситуациях, свяжитесь с нами. Мы выполним ваши указания.

### **В указанных ниже ситуациях у вас есть право потребовать от нас:**

- Сообщать информацию вашей семье, близким друзьям и прочим лицам, участвующим в вашем лечении и оплате расходов
- 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 раскрывать ваши данные, если посчитаем, что это соответствует вашим интересам. Мы также можем раскрывать ваши данные, если существует необходимость предотвратить неминуемую и серьезную угрозу здоровью или безопасности.

### **В указанных ниже случаях мы никогда не раскрываем ваших данных без вашего письменного разрешения:**

- Рекламные цели
- Продажа данных (хотя SFHP не торгует персональными данными)

## **Использование и разглашение информации с нашей стороны**

### **Как мы обычно используем или раскрываем ваши медицинские данные?**

Обычно мы используем и раскрываем вашу медицинскую информацию следующим образом.

### **Мы помогаем координировать предоставляемое вам лечение**

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и сообщать ее специалистам, которые занимаются вашим лечением.

**Пример:** Ваш врач направляет нам информацию о вашем диагнозе и плане лечения, чтобы мы смогли организовать предоставление дополнительных услуг.

# Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

---

## **Мы осуществляем нашу деятельность**

- Мы можем использовать вашу информацию для осуществления деятельности нашей организации и связи с вами при необходимости.
- Нам не разрешается использовать генетическую информацию, чтобы решать, предоставим ли мы вам покрытие, и определять цену такого покрытия. Это требование не распространяется на планы длительного медицинского ухода.

**Пример:** Мы используем вашу медицинскую информацию для повышения качества обслуживания.

## **Мы оплачиваем ваше медицинское обслуживание**

- Мы можем использовать и раскрывать ваши медицинские данные для целей оплаты вашего медицинского обслуживания.

**Например:** Мы сообщаем ваши данные в план страхования стоматологических услуг для координации оплаты полученных вами услуг.

## **Мы управляем 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 договора о сотрудничестве с SFHP в целях предоставления вам услуг и их оплаты. 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 имеем право и обязаны предоставлять вашу медицинскую информацию иным образом — обычно в целях удовлетворения общественных интересов, например, в рамках общественного здравоохранения или исследований. Мы обязаны соблюдать многочисленные предусмотренные законом условия, прежде чем передавать ваши данные в таких целях.

Более подробная информация доступна на сайте [hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](https://hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html)

## **Мы предоставляем помощь по вопросам общественного здоровья и безопасности**

Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию в определенных ситуациях, например:

- Профилактика заболеваний
- Содействие в отзыве продукции
- Предоставление отчетов о нежелательных реакциях на препараты
- Сообщение о подозрениях в жестоком обращении, халатности или домашнем насилии
- Предотвращение или снижение вероятности серьезной угрозы для чьего-либо здоровья или безопасности

## **Мы предоставляем информационные услуги, зачисление в план, координирование медицинского обслуживания и ведение дел:**

- Мы можем предоставлять вашу информацию другим государственным программам, например Covered California, для работы с населением, зачисления в план, координирования медицинского обслуживания и ведения дел.

## **В случае подачи апелляции по решению DHCS:**

- Мы можем сообщать вашу информацию, если вы или ваш поставщик медицинских услуг подает апелляцию на решение DHCS относительно вашего медицинского обслуживания.

## **В случае подачи заявки на получение полного спектра услуг Medi-Cal:**

- Если вы подаете заявку на получение полного спектра услуг Medi-Cal, мы должны проверить ваш иммиграционный статус через Citizenship and Immigration Services (USCIS).

## **При регистрации в плане регулируемого медицинского обслуживания:**

- Если вы присоединяетесь к новому плану регулируемого медицинского обслуживания, мы можем сообщить вашу информацию в этот план для координирования медицинского обслуживания и обеспечения своевременного получения вами необходимых услуг.

# Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

---

## **Мы осуществляем управление нашей программой:**

- Мы можем сообщать вашу информацию нашим агентам, которые помогают управлять нашей программой.

## **Мы действуем в соответствии с особыми законами:**

Существуют особые законы, которые защищают некоторые типы медицинской информации, например связанные с охраной психического здоровья, лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, а также с анализами и лечением HIV/AIDS. Мы выполняем требования таких законов, если они строже, чем требования настоящего Уведомления.

## **Мы проводим исследования**

- 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 является наш план, предоставлять вам определенные медицинские данные за период до пяти лет, если вы запрашиваете их через выбранное вами стороннее приложение.
- Стороннее приложение вы выбираете на своем смартфоне.
- Сторонние приложения обязаны соблюдать требования по защите ваших данных. Более подробная информация доступна в разделе «Полезная информация для участников плана» на нашем сайте.
- Мы не отвечаем за выбранное вами стороннее приложение и не несем ответственности за ваши данные после их передачи стороннему приложению по вашему запросу.

## **Мы придерживаемся требований закона**

Мы обязаны сообщать сведения о вас, если этого требует федеральное законодательство или законы штата, в том числе в Department of Health and Human Services, если они захотят убедиться в том, что мы соблюдаем федеральное законодательство о защите данных.

- Отвечаем на запросы о трансплантации органов и тканей и в рамках сотрудничества с патологоанатомами или сотрудниками похоронных бюро.
- Мы можем сообщать вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся поиском донорских органов.
- Мы можем сообщать медицинскую информацию судебному следователю, патологоанатомам или сотрудникам похоронного бюро в случае смерти участника плана.

## **Мы исполняем требования о выплате компенсаций работникам, отвечаем на запросы правоохранительных и других государственных органов**

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

- В рамках удовлетворения исков по выплате компенсации работникам
- В целях обеспечения законности или представителям правоохранительных органов
- Организациям по контролю за здоровьем для выполнения предусмотренных законом мероприятий
- В целях осуществления определенных правительственных функций, например со стороны военных ведомств, органов национальной безопасности или службы охраны президента

## **Мы исполняем требования в рамках судебных исков и процессов**

- Мы можем передавать ваши медицинские данные в связи с судебным или административным распоряжением или повесткой в суд.

## **Наши обязанности**

- Согласно требованиям закона мы обязаны соблюдать конфиденциальность вашей медицинской информации и обеспечивать ее защиту.
- Мы немедленно уведомим вас в случае выявления факта утечки информации, в результате которого могла пострадать конфиденциальность или безопасность ваших данных.

## Ваши данные. Ваши права. Наши обязанности.

---

- Мы должны соблюдать обязанности и правила защиты конфиденциальности, изложенные в настоящем Уведомлении, а также предоставить вам экземпляр данного документа.
- В соответствии с Правилами обмена информацией, если выбранное вами стороннее приложение представляет угрозу нашей информационной безопасности, мы не обязаны передавать этому приложению ваши данные.
- Мы не будем использовать или разглашать ваши данные в целях, отличных от изложенных в настоящем Уведомлении, за исключением случаев наличия от вас письменного разрешения на разглашение информации. Если вы разрешите нам использовать и разглашать ваши данные, вы можете в любое время изменить свое решение. Вам следует сообщить нам о таком изменении нам в письменной форме.

Более подробная информация представлена на сайте [hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](https://hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html)

### **Изменения в положениях настоящего Уведомления**

Мы можем вносить изменения в положения данного Уведомления, и эти изменения будут распространяться на имеющиеся у нас личные данные участников. Новое Уведомление предоставляется по запросу, с ним можно ознакомиться на нашем сайте, и мы также отправим его вам по почте.

### **Свяжитесь с SFHP по адресу:**

#### **San Francisco Health Plan**

Attn: Chief Officer, Regulatory Affairs and Compliance  
P.O. Box 194247  
San Francisco, CA 94119-4247

**1(415) 547-7800**

или бесплатно позвоните по номеру **1(800) 288-5555**

### **Свяжитесь с Секретарем Health and Human Services по адресу:**

#### **Secretary of Health and Human Services**

Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Телефон: **1(877) 696-6775**

### **Обратитесь к Инспектору по вопросам конфиденциальности данных в Department of Health Care Services по адресу:**

#### **Privacy Officer**

c/o Office of Legal Services  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 4722  
Sacramento, CA 95899-7413

Телефон: **1(888) 866-0602**

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