SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

СТАНДАРТНАЯ ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕИ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY

San Francisco Health Plan (SFHP) обеспечивает безопасность и конфиденциальность вашей медицинской информации.

Согласно требованию федерального законодательства, San Francisco Health Plan (SFHP) обязан защищать конфиденциальность информации, которая позволяет установить вашу личность, а также имеет отношение к вашему физическому и психическому здоровью и заболеваниям («защищенная медицинская информация»), которые могут иметь место в прошлом, настоящем и будущем.

Заполнение данной формы дает разрешение на использование / разглашение защищенной медицинской информации в указанном ниже порядке, согласно требованиям закона штата California и федерального законодательства в отношении конфиденциальности информации такого рода.

Заполните эту форму, чтобы позволить SFHP делиться такой информацией. **Вам необходимо заполнить все поля этой формы.** Если какие-то данные будут упущены, SFHP не сможет предоставлять вашу медицинскую информацию третьим лицам.

- Вы не обязаны подписывать данную форму.
- Вы можете передумать после подписания данной формы и отозвать свое разрешение.
- Если вы желаете запретить предоставление вашей медицинской информации, вы или ваш представитель должны направить письмо в SFHP. Письмо должно быть оформлено в письменном виде, с указанием вашего имени и вашей подписью или подписью вашего уполномоченного представителя. В письме должно быть указано, что вы не желаете, чтобы ваша медицинская информация предоставлялась третьим лицам.
- Отправьте письмо по следующему адресу:

  San Francisco Health Plan
  To: Compliance Officer
  P.O. Box 194247
  San Francisco, CA 94119

- Ваш отзыв разрешения вступает в силу после получения планом SFHP вашего запроса об отзыве, как описано выше. Решение об отзыве не должно касаться действий SFHP или прочих лиц, совершенных на основании данного разрешения в период с даты вступления в силу и до наступления даты отзыва этого разрешения.
- Вы можете запросить копию настоящей формы. В этом случае вам необходимо написать письмо в SFHP.
- Ваше решение о предоставлении данного разрешения или отказе от него не должно влиять на лечение, оплату, зачисление в план или право на предоставление льгот.
- Информация, раскрытая на основании настоящего разрешения, может быть повторно раскрыта ее получателем и может больше не попадать под действие федеральных законов о защите конфиденциальности данных. При этом закон штата California запрещает лицу, получающему вашу

защищенную медицинскую информацию, далее разглашать эти данные, кроме как в случаях, когда у него есть отдельное разрешение на такие действия от вас или когда это требуется или разрешено законом.

- SFHP обязуется не разглашать вашу медицинскую информацию об услугах помощи в деликатных ситуациях без вашего письменного согласия.
- Вам не нужно чье-либо разрешение на то, чтобы получать услуги помощи в деликатных ситуациях или требовать оплаты расходов по ним, если вы правомочны давать согласие на такие услуги. Возможно, вам нужно будет достичь определенного возраста или обладать достаточными полномочиями, чтобы иметь право давать согласие на услуги помощи в деликатных ситуациях, в зависимости от типа запрашиваемой услуги.
    - Услуги помощи в деликатных ситуациях включают в себя поведенческую терапию и лечение психических расстройств, услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, лечение заболеваний, передающихся половым путем (в том числе ВИЧ и СПИД), злоупотребления алкоголем и наркотиками, смену пола, а также помощь в случае насилия со стороны члена семьи или партнера.
- Вы можете в письменной форме попросить SFHP предоставить вам возможность проверить защищенную медицинскую информацию, которая будет использоваться или разглашаться на основании данного разрешения, либо предоставить вам копию этих данных.
- В Свидетельстве страхового покрытия SFHP раскрываются сроки и условия предоставления страхового покрытия.
- Подписывая данную форму, вы соглашаетесь с данным разрешением и подтверждаете, что понимаете, что оно сохраняет свою силу в течение периода вашего участия в SFHP, с учетом исключений, изложенных в данной форме, таких как срок действия и ваше право в любое время отозвать разрешение.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я разрешаю использование / раскрытие моей защищенной медицинской информации в изложенном далее порядке.

Название стороны, которая может делиться вашей медицинской информацией:

San Francisco Health Authority d/b/a San Francisco Health Plan

Лицо / организация, уполномоченные получать вашу защищенную медицинскую информацию:

_____

Причина, по которой вы желаете предоставить свои данные: _____

_____

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ МОЖЕТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ SAN FRANCISCO HEALTH PLAN

Я разрешаю San Francisco Health Plan предоставлять следующую информацию (поставьте отметку только в ОДНОМ поле).

☐ Я разрешаю предоставлять любую медицинскую информацию обо мне.

К ней относятся (помимо прочего) состояние здоровья, диагноз (наименование заболевания или состояния здоровья), требования, данные врачей и поставщиков медицинских услуг, а также финансовая информация. Сюда **не относится информация о конфиденциальных медицинских услугах**, если **не отмечены соответствующие поля ниже.**

ИЛИ

☐ Я разрешаю делиться только определенной медицинской информацией. (Отметьте ВСЕ применимые поля.)

- ☐ Жалобы и апелляции (юридические запросы, поданные в письменной форме)
- ☐ Льготы и покрываемые услуги
- ☐ Счета
- ☐ Запросы и платежи
- ☐ Диагнозы (названия болезней и состояний) и процедуры (лечение)
- ☐ Соответствие критериям и регистрация в плане
- ☐ Финансы
- ☐ Медицинские записи
- ☐ Имена врачей и названия клиник
- ☐ Предварительные одобрения (лечения)
- ☐ Направления
- ☐ Лечение
- ☐ Препараты
- ☐ Другое: _____

Я также разрешаю San Francisco Health Plan предоставлять указанную далее информацию. (Отметьте ВСЕ поля, с которыми вы согласны.)

☐ Любая конфиденциальная (частная) информация

ИЛИ

☐ Только информация о нижеследующем:

- ☐ Аборт (прерывание беременности)

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

- ☐ Насилие (сексуальное, физическое или психологическое)
- ☐ Злоупотребление алкоголем или наркотиками
- ☐ Поведенческая терапия
- ☐ Услуги по перемене пола
- ☐ Генетические исследования
- ☐ ВИЧ/СПИД
- ☐ Рождение ребенка (беременность)
- ☐ Психическое здоровье
- ☐ Заболевания, передающиеся половым путем
- ☐ Другое: _____

ДАТА НАЧАЛА И ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ ФОРМЫ

(Напишите «Н/Д», если вы не желаете прекращать действие данной формы с наступлением определенной даты.)

Вы можете прекратить действие согласия, изложенного в данной стандартной форме разрешения на раскрытие и использование информации в любое время.

Настоящее согласие действительно с _____ по _____

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА ИЛИ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Подпись: _____

Дата: _____ Время: _____AM/PM

Если подписывает не лично участник, необходимо вписать имя этого лица ниже и указать, кем оно приходится участнику:

_____

После подписания формы сохраните ее копию.

Отошлите эту форму по почте или факсу:
San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
Факс: 1(415) 547-7825

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

California Department of Managed Health Care отвечает за регулирование работы планов медицинского страхования. Если у вас есть претензия к вашему плану медицинского страхования, прежде чем обращаться в Департамент, вам следует позвонить в свой страховой план по телефону (**1-415-547-7800**) или (**1-800-288-5555**) и воспользоваться внутренней процедурой подачи претензии. Применение этой процедуры подачи претензий не препятствует осуществлению каких-либо ваших юридических прав или использованию средств правовой защиты. Чтобы получить помощь в отношении претензии, связанной с экстренной ситуацией, претензии, которая не была удовлетворительно разрешена вашим планом медицинского страхования, или претензии, оставшейся неразрешенной в течение более 30 дней, вы можете позвонить в Департамент. Вы также можете иметь право на проведение Независимой медицинской экспертизы (IMR). Если вы соответствуете критериям требования IMR, в рамках независимой медицинской экспертизы (IMR) будет осуществлен беспристрастный разбор медицинских решений, принятых планом страхования в отношении наличия медицинских показаний для оказания предлагаемой услуги или лечения, решений по оплате методов лечения, имеющих экспериментальный или исследовательский характер, и споров по поводу оплаты услуг экстренной или срочной медицинской помощи. Департамент также предлагает бесплатную телефонную линию (**1-888-466-2219**) и линию TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента по адресу **www.dmhc.ca.gov** представлены формы жалоб, заявлений на проведение IMR и инструкции по их заполнению.

Офис Уполномоченного по рассмотрению жалоб участников программы регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal в рамках штата может помочь вам в решении любых вопросов. С ним можно связаться по телефону **1(888) 452-8609.** Часы работы: с понедельника по пятницу, с 8:00am до 5:00pm PST, кроме выходных и праздничных дней.

Вы также можете обратиться за помощью к своему врачу или позвонить в Отдел обслуживания участников SFHP по номеру **1(415) 547-7800**, **1(800) 288-5555** (бесплатный номер) или по номеру TTY **1(888) 883-7347.** Мы открыты с понедельника по пятницу, с 8:30am до 5:30pm.