



## **Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.**

В данном уведомлении содержится пояснение о том, как может использоваться и предоставляться Ваша медицинская информация, и о том, как Вы можете получить доступ к этой информации.

**Внимательно прочитайте данное уведомление.**

### **Ваши права**

#### **Вы имеете определенные права в отношении Вашей медицинской информации.**

В данном разделе содержится полезная информация о Ваших правах и некоторых из наших обязанностей.

##### **Получите копию Ваших медицинских документов и заявлений на страховую выплату**

- Вы имеете право просматривать или получать копии Ваших медицинских документов и заявлений на страховую выплату, а также другой имеющейся у нас Вашей медицинской информации. Обратитесь к нам с вопросом о том, как Вы можете это сделать.
- Мы предоставим копию или краткий обзор Ваших медицинских документов и заявлений на страховую выплату, как правило, в течение 30 дней после получения Вашего запроса. Мы можем взимать разумную плату на основе затрат.

##### **Обратитесь с запросом на внесение исправлений в медицинские документы и заявления на страховую выплату**

- Вы можете обратиться к нам с запросом на внесение исправлений в Ваши медицинские документы и заявления на страховую выплату, если Вы считаете, что они содержат неверные или неполные данные. Обратитесь к нам с вопросом о том, как Вы можете это сделать.
- Мы можем отказать в Вашем запросе, но мы предоставим письменное объяснение отказа в течение 60 дней.

*продолжение на следующей странице*

### Обратитесь с запросом на конфиденциальные сообщения и уведомления

- Вы можете обратиться к нам с запросом, чтобы мы поддерживали связь с Вами определенным образом (например, по домашнему или рабочему телефону) или отправляли материалы и документы по почте на другой адрес.
- Мы рассматриваем все разумные запросы и одобряем их, если Вы указываете, что в противном случае ситуация будет представлять угрозу для Вас.

### Обратитесь с запросом на ограничение использования или предоставления информации

- Вы можете обратиться к нам с запросом, чтобы мы не использовали и не предоставляли определенную медицинскую информацию в целях лечения, оплаты или наших внутренних операций.
- Мы не обязаны одобрять Ваш запрос, и мы имеем право отказать в Вашем запросе, если это может негативно повлиять на оказываемые Вам медицинские услуги.

### Получите список лиц и организаций, которым мы предоставляем информацию

- Вы можете обратиться с запросом на получение списка (отчета) данных о предоставлении Вашей медицинской информации в течение шести лет, предшествовавших дате подачи Вашего запроса, с указанием лиц и организаций, которым предоставлялась информация, и причин предоставления информации.
- Мы укажем все случаи предоставления информации, кроме случаев, когда информация предоставлялась в целях лечения, оплаты или операций по предоставлению медицинских услуг, и определенные другие случаи предоставления информации (согласно Вашему запросу). Мы предоставим один отчет в течение одного года бесплатно, но если Вы обратитесь с запросом на получение еще одного запроса в течение 12 месяцев, мы взимаем разумную плату на основе затрат.

### Получите копию данного уведомления о порядке использования личной информации

- Вы можете обратиться с запросом на получение печатной копии данного уведомления в любое время, даже если Вы согласились на получение уведомления в электронном формате. Мы незамедлительно предоставим Вам печатную копию данного уведомления.

### Выберите лицо с правом действовать от Вашего имени

- Если Вы предоставили какому-либо лицу медицинскую доверенность, или если какое-либо лицо является Вашим законным опекуном, это лицо может осуществлять права и принимать решения в отношении медицинской информации от Вашего имени.
- Мы проверим законность полномочий этого лица и его/ее право действовать от Вашего имени до принятия каких-либо мер с нашей стороны.

### Подайте жалобу, если Вы считаете, что Ваши права нарушаются

- Вы можете подать жалобу, если Вы считаете, что мы нарушаем Ваши права; свяжитесь с нами, используя информацию на странице 1.
- Вы можете подать жалобу в Отдел по защите гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США в письменной форме по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру: 1-877-696-6775 или посетив вебсайт: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- Мы не будем предпринимать каких-либо мер воздействия против Вас в случае подачи жалобы.

## Ваши предпочтения

**В отношении определенной медицинской информации Вы можете указать Ваши предпочтения о предоставлении информации.** Если у Вас есть предпочтения в отношении предоставления нами Вашей информации в случаях, указанных ниже, пожалуйста, обратитесь к нам. Расскажите нам, что о том, что нам необходимо делать, и мы будем следовать Вашим указаниям.

**В этих случаях Вы имеете право давать указания о том, что мы должны:**

- Предоставлять информацию Вашей семье, близким друзьям или другим лицам, участвующим в оплате Ваших медицинских услуг
- Предоставлять информацию в ситуациях оказания помощи при стихийных бедствиях
- Связываться с Вами по вопросам сбора благотворительных средств и пожертвований

*Если Вы не можете указать Ваше предпочтение, например, если Вы находитесь в бессознательном состоянии, мы можем предоставить Вашу информацию на собственное усмотрение, если это наиболее соответствует Вашим интересам. Мы также можем предоставить Вашу информацию, если это необходимо для снижения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности.*

**В этих случаях мы никогда не предоставляем Вашу информацию, кроме случаев, когда Вы даете нам письменное разрешение:**

- Маркетинговые цели
- Продажа Вашей информации

## Использование и предоставление информации

**Каким образом мы обычно используем или предоставляем Вашу медицинскую информацию?** Мы обычно используем или предоставляем Вашу медицинскую информацию следующим образом.

**Помощь в управлении предоставляемыми Вам медицинскими услугами и лечении**

- Мы имеем право использовать Вашу медицинскую информацию и предоставлять ее лечащим Вас медицинским специалистам.

***Пример:** Врач высылает нам информацию о Вашем диагнозе и плане лечения, чтобы мы могли организовать предоставление Вам дополнительных медицинских услуг.*

*продолжение на следующей странице*

---

**Осуществление деятельности нашей организации**

- Мы имеем право использовать и предоставлять Вашу информацию для осуществления деятельности нашей организации и при необходимости для поддержания связи с Вами.
- **Мы не имеем права использовать генетическую информацию для принятия решения о предоставлении Вам страхования и стоимости страхования.** Это не распространяется на планы длительного медицинского ухода.

***Пример:** Мы используем Вашу медицинскую информацию для разработки оптимальных услуг для Вас.*

---

**Оплата за предоставляемые Вам медицинские услуги**

- Мы имеем право использовать и предоставлять Вашу медицинскую информацию при оплате предоставляемых Вам медицинских услуг.

***Пример:** Мы предоставляем информацию о Вашем стоматологическом плане для координации платежей за предоставляемые Вам стоматологические услуги.*

---

**Предоставление услуг в рамках Вашего плана**

- Мы имеем право предоставлять Вашу медицинскую информацию спонсору Вашего плана медицинского страхования в целях предоставления услуг в рамках плана.

***Пример:** Ваша компания заключает контракт с нами для предоставления плана медицинского страхования, и мы предоставляем Вашей компании определенные статистические данные для разьяснения взимаемых нами страховых взносов.*

---

*продолжение на следующей странице*

**Каким еще образом мы используем или предоставляем Вашу медицинскую информацию?** Мы имеем право или должны предоставлять Вашу информацию также и другим образом – обычно это связано с деятельностью в интересах общества, например, в сфере общественного здравоохранения или научных исследований. Для предоставления Вашей информации в вышеуказанных целях требуется соответствие многочисленным условиям, определенным законодательством. Для получения подробной информации посетите вебсайт: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

---

**Помощь в сфере общественного здравоохранения и безопасности**

- Мы имеем право предоставлять Вашу медицинскую информацию в определенных ситуациях, например:
    - Профилактика заболевания
    - Помощь при отзыве продуктов из продажи
    - Уведомления о нежелательных побочных реакциях на лекарственные препараты
    - Уведомления о подозреваемых случаях физического насилия, бытового насилия или беспризорности
    - Предотвращение или снижение уровня серьезной угрозы для здоровья или безопасности любого лица
- 

**Научные исследования**

- Мы имеем право использовать или предоставлять Вашу информацию для целей медицинских исследований.
- 

**Соблюдение требований законодательства**

- Мы предоставляем Вашу информацию, если это является требованием федеральных законов или законов уровня штата, в том числе, по запросу Министерства здравоохранения и социального обеспечения
- 

**Запросы о донорских органах или тканях, а также в рамках сотрудничества с судебно-медицинским экспертом или уполномоченным лицом похоронного бюро**

- Мы имеем право предоставлять медицинскую информацию организациям, занимающихся вопросами донорства органов.
  - Мы имеем право предоставлять медицинскую информацию патологоанатому, судебно-медицинскому эксперту или уполномоченному лицу похоронного бюро в случае смерти какого-либо лица.
- 

**Выплата вознаграждений, правоохранительная деятельность и другие запросы государственных органов**

- Мы имеем право использовать или предоставлять Вашу медицинскую информацию в следующих целях:
    - Выплата вознаграждений сотрудникам
    - В рамках правоохранительной деятельности или по запросу представителя правоохранительных органов
    - По запросу надзорных организаций системы здравоохранения в целях осуществления деятельности, допустимой в соответствии с законодательством
    - В целях особых государственных функций, в частности, военная служба, национальная безопасность и служба личной безопасности Президента
- 

*продолжение на следующей странице*

<b>В рамках судебных тяжб и разбирательств</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Мы имеем право предоставлять Вашу медицинскую информацию по судебному или административному приказу, а также по судебной повестке.</li> </ul>
<b>Информационные кампании, регистрация, координация медицинских услуг и управление делами участников</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Мы имеем право предоставлять Вашу информацию другим государственным программам медицинских льгот, например, Covered California, для целей информационных кампаний, регистрации, координации медицинских услуг и управления делами участников</li> </ul>
<b>Апелляция решения Министерства здравоохранения и социального обеспечения (DHCS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Мы имеем право предоставлять Вашу информацию, если Вы, Ваш врач или больница подает апелляционное заявление в отношении решения Министерства здравоохранения и социального обеспечения (DHCS) о Вашем медицинском обслуживании.</li> </ul>
<b>Заявление на полный спектр услуг Medi-Cal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Если Вы подаете заявление на полный спектр услуг программы Medi-Cal, мы должны проверить Ваш иммиграционный статус в Службе гражданства и иммиграции США (USCIS).</li> </ul>
<b>Регистрация в плане регулируемого медицинского обслуживания</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Если Вы регистрируетесь в новом плане регулируемого медицинского обслуживания, мы имеем право предоставлять Вашу информацию этому плану для целей координации медицинских услуг и своевременного получения Вами необходимых услуг</li> </ul>
<b>Осуществление деятельности в рамках наших программ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Мы имеем право предоставлять Вашу информацию нашим подрядчикам и агентам, помогающим нам в осуществлении деятельности в рамках наших программ.</li> </ul>
<b>Соблюдение требований особых законов</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Существуют особые законы, обеспечивающие защиту некоторых типов медицинской информации, например, информации о психиатрических услугах, о лечении алкогольной или наркотической зависимости, о тестировании и лечении ВИЧ/СПИДа. Мы обязаны соблюдать требования этих особых законов, когда они имеют преимущественную силу и являются более строгими, чем положения данного уведомления.</li> </ul>

Мы никогда не используем в маркетинговых целях и не продаем Вашу личную информацию.

## Наши обязанности

- В соответствии с требованиями законодательства, мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и надлежащую защиту Вашей защищенной медицинской информации.
- В случае возможного нарушения конфиденциальности или защиты Вашей информации мы незамедлительно уведомим Вас об этом.
- Мы обязаны выполнять положения и требования в отношении обязанностей, указанные в данном уведомлении, а также предоставить Вам копию данного уведомления.
- Мы обязуемся не использовать и не предоставлять Вашу информацию иными способами, кроме указанных в данном уведомлении, за исключением случаев, когда Вы даете нам на это особое письменное разрешение. В случае предоставления нам особого разрешения Вы можете изменить Ваше решение в любое время. В этом случае Вам необходимо уведомить нас в письменной форме.

Для получения подробной информации посетите вебсайт:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### Изменения в условиях данного уведомления

Мы имеем право изменять условия данного уведомления, и вносимые изменения распространяются на всю имеющуюся у нас Вашу информацию. Новая версия уведомления будет предоставлена Вам по запросу, опубликована на нашем вебсайте, а также выслана Вам в печатной форме по почте.

Дата вступления в силу: 23 сентября 2013 года

### Данное уведомление об использовании личной информации распространяется на следующие организации.

- Данное уведомление распространяется на все программы Министерства здравоохранения и социального обеспечения (DHCS), включая Medi-Cal. Для получения полного списка программ, осуществляемых Министерством здравоохранения и социального обеспечения (DHCS), пожалуйста, посетите наш вебсайт: [www.dhcs.ca.gov/services](http://www.dhcs.ca.gov/services).

### Для получения дополнительной информации

Пожалуйста, свяжитесь с нами для получения копии данного уведомления на других языках или в другом формате, например, крупным шрифтом или шрифтом Брайля.

Министерство здравоохранения и социального обеспечения (DHCS) не располагает полными копиями Ваших медицинских документов. Если Вы хотите просмотреть, получить копию или внести изменения в Ваши медицинские документы, пожалуйста, сначала обратитесь к Вашему врачу, стоматологу или в Ваш план медицинского страхования.



**Руководитель отдела по вопросам конфиденциальности Министерства здравоохранения и социального обеспечения (DHCS):**

P.O. Box 997413 MS 4721  
Sacramento, CA 95899-7413

Телефон: **(866) 866-0602**, Вариант 1 или (877) 735-2929  
для лиц с нарушениями слуха

Факс: (916) 327-4556

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