

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ИЗЛОЖЕН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ ВНИМАТЕЛЬНО.

Почему мне пришло данное уведомление?

Согласно Health Plan of San Mateo (HPSM) ваша медицинская информация относится к личным данным. Мы берем на себя обязательства по защите вашей медицинской информации. Данное уведомление содержит краткое изложение политики сохранения конфиденциальности HPSM и ваших прав в отношении медицинской информации. Уведомление относится только к политике сохранения конфиденциальности HPSM. Ваш врач может придерживаться иных правил и направлять другие уведомления о порядке использования и раскрытия вашей медицинской информации, сформированной в его офисе.

По закону мы обязаны:

- Обеспечить конфиденциальность хранящейся у нас вашей медицинской информации
- Вручить вам данное уведомление с описанием наших обязанностей, предусмотренных законом, и правил сохранения конфиденциальности вашей медицинской информации
- Соблюдать условия, предусмотренные уведомлением, действующим в настоящее время.

Порядок использования и раскрытия вашей медицинской информации

HPSM может использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию только в целях лечения, оплаты и медицинского обслуживания, связанных с конкретной программой, участником которой вы являетесь. Информация, которую мы используем и раскрываем, включает в себя, помимо прочего:

- Ваши ФИО
- Адрес
- Личные данные
- Сведения о полученном вами медицинском обслуживании
- Затраты на ваше медицинское обслуживание
- Вашу историю болезни

Типичные случаи, когда мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию

- **Для лечения.** Вам может потребоваться медицинское лечение, которое следует согласовать заранее. Мы раскроем вашу медицинскую информацию врачам, персоналу больниц и другим лицам, чтобы вы получили необходимое обслуживание.
- **Для оплаты.** Мы используем вашу медицинскую информацию для оплаты услуг врачей, больниц и других лиц, которые предоставили вам медицинское обслуживание. Мы также можем пересылать счета другим медицинским страховым планам или организациям для оплаты.
- **Для деятельности плана медицинского страхования.** Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для контроля качества предоставляемого вам обслуживания. Мы также можем использовать данную информацию в аудитах, программах предотвращения мошенничества и злоупотреблений, для финансового и организационного планирования, а также в ходе административной деятельности.
- **Для деловых партнеров.** Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию сторонней организации, которая помогает нам в реализации нашего медицинского страхового плана.

Прочие случаи использования вашей медицинской информации

- **Медицинские льготы и услуги.** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для того, чтобы сообщать вам о льготах и услугах в рамках программ медико-санитарного просвещения, предоставляемых планом HPSM, которые могут быть вам интересны.

- **Решения об оплате.** Вы, ваш врач, больница или другой поставщик медицинских услуг могут оспаривать решения об оплате вашего медицинского обслуживания. Ваша медицинская информация может быть использована для оспаривания данных решений.
- **Деятельность по надзору.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию учреждениям, уполномоченным осуществлять надзор за органами здравоохранения, в целях осуществления деятельности, разрешенной законом. Данная деятельность по надзору может включать в себя аудиты, расследования, проверки, деятельность в сфере лицензирования и дисциплинарные меры. Данная деятельность необходима государству для осуществления контроля за соблюдением HPSM законодательных и нормативных актов.
- **Лица, осуществляющие уход за вами.** Мы можем раскрывать информацию лицам, осуществляющим медицинский уход за вами, а также вашему личному представителю.
- **Система компенсационного страхования работников.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию программе компенсационного страхования работников от несчастного случая (Workers' Compensation) и подобным программам. Такие программы предоставляют работникам льготы в случае производственных травм или заболеваний.
- **Судебные следователи, судебно-медицинские эксперты и сотрудники похоронных бюро.** Мы можем раскрывать медицинскую информацию умерших участников плана судебным следователям, судебно-медицинским экспертам и сотрудникам похоронных бюро для исполнения ими своих обязанностей.
- **Донорство органов и тканей.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию организациям, которые получают, хранят или осуществляют трансплантацию донорских органов или тканей.
- **Деятельность в сфере здравоохранения.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в рамках деятельности по обеспечению здоровья населения. К данной деятельности, помимо прочего, относится следующее:
 - Предотвращение или контроль заболеваний, травм или инвалидности
 - Сообщение о рождении или смерти
 - Сообщение о жестоком или небрежном обращении с детьми
 - Сообщение о проблемах с лекарственными препаратами и другими медицинскими изделиями
 - Уведомление людей об отзыве изделий или лекарственных препаратов, которыми они могут пользоваться
 - Уведомление человека, который мог быть в контакте с источником заболевания, о том, что он может заразиться или распространить заболевание
- **Правоприменение или судопроизводство.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию по требованию сотрудника правоохранительных органов, по распоряжению или приказу суда, а также по запросу уполномоченных федеральных чиновников в рамках деятельности по обеспечению национальной безопасности, разрешенной законом. Мы можем также раскрывать вашу медицинскую информацию в ответ на судебную повестку или другой законно изданный судебный приказ, но только в том случае, если были предприняты попытки уведомить вас о таком запросе или получить распоряжение о защите запрашиваемой информации.
- **50 лет после смерти.** Мы можем раскрывать медицинскую информацию умерших участников любой организации, если с даты смерти участника прошло более 50 лет.

В каких случаях требуется письменное разрешение

Если мы хотим использовать медицинскую информацию для любой цели, которая не указана выше, мы обязаны сначала получить ваше письменное разрешение. Если вы предоставите нам такое разрешение, вы можете отозвать его в письменном виде в любое время.

Право на неприкосновенность частной жизни

У вас есть следующие права относительно своей медицинской информации, хранящейся у нас:

- **Право на запрос о наложении ограничений.** У вас есть право подать запрос о наложении ограничений на использование или раскрытие вашей медицинской информации. В запросе о наложении ограничений вы должны сообщить следующее:
 1. К какой информации вы хотите применить ограничение.
 2. Хотите ли вы ограничить использование либо раскрытие нами информации, или то и другое.
 3. На кого вы хотели бы распространить ограничение.

Запрос о наложении ограничений необходимо предоставить в письменном виде. На странице 4 указано, куда направлять подобные запросы.

Примечание. Мы не обязаны удовлетворять ваш запрос. Если мы согласимся, то будем действовать согласно вашему запросу, кроме случаев, когда эта информация будет необходима для представления вам неотложной помощи.

- **Право на запрос о конфиденциальном способе связи.** У вас есть право подать запрос о том, чтобы мы связывались с вами конфиденциально и особым образом. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами по другому адресу, только по телефону или только когда вы на работе.

Мы не будем спрашивать, какова причина вашего запроса. Мы приложим все усилия для того, чтобы удовлетворить ваш запрос, если он находится в пределах разумного. В вашем запросе вы должны указать, как или где мы можем с вами связываться. Запрос о конфиденциальном способе связи необходимо предоставить в письменном виде. На странице 4 указано, куда направлять подобные запросы.

- **Право на доступ к своей медицинской информации.** У вас есть право запросить копию определенной медицинской информации, хранящейся в документации HPSM. В целом такая информация включает в себя вашу медицинскую карту и детализацию счетов за обслуживание. Для получения копии своей медицинской карты вам нужно будет связаться со своим врачом. С вас могут взыскать плату за стоимость копирования и почтовой пересылки документации.

Для получения копии медицинской информации, которая хранится у нас, вам нужно будет предоставить запрос в письменном виде. На странице 4 указано, куда направлять подобные запросы. В отдельных случаях мы можем отказать вам в предоставлении копии информации. В случае отказа в предоставлении доступа к медицинской информации, мы сообщим вам причину отказа в письменном виде. В случае получения отказа в предоставлении доступа к информации, вы можете отправить запрос на пересмотр решения об отказе. Пересмотр решения будет проводиться другим лицом, а не тем, кто вынес первоначальное решение об отказе на ваш запрос. Мы будем действовать согласно результату пересмотра.

- **Право узнавать о раскрытии информации.** У вас есть право запрашивать список случаев, в которых мы раскрывали вашу медицинскую информацию третьим лицам. Это называется «отчетностью о раскрытии информации». Мы включим в список все случаи раскрытия, кроме случаев раскрытия в целях лечения, оплаты и медицинского обслуживания. Кроме того, мы не сможем предоставить список некоторых других случаев раскрытия, например, случаев раскрытия по запросу правоохранительных органов или случаев предоставления вашей медицинской информации вам самим по вашей просьбе. Мы сможем предоставить вам список случаев раскрытия только на глубину 6 лет с даты вашего запроса.
- **Право на получение экземпляра данного уведомления о политике сохранения конфиденциальности.** Вы можете попросить предоставить вам бумажный экземпляр данного уведомления в любое время. Данное уведомление также размещено на нашем веб-сайте www.hpsm.org.
- **Право на внесение правок в вашу медицинскую информацию.** Если вы считаете, что хранящаяся у нас медицинская информация неверна или неполна, вы можете попросить внести в нее правки. У вас есть право попросить внести правки только в документацию, которая ведется нами. Например, мы не можем вносить правки или изменять документацию, которую ведет ваш врач.

Мы не обязаны вносить правки в медицинскую информацию, которая:

- Не была создана HPSM;
- Не является частью информации, хранящейся у нас;
- Не является частью информации, копию которой разрешается предоставлять вам;
- Является точной и полной.

В случае отказа внести правки в вашу медицинскую информацию, HPSM сообщит вам об этом в письменном виде. Вы также получите письменное объяснение причин нашего отказа. Если мы откажемся внести изменения по вашему требованию, вы можете попросить нас пересмотреть это решение.

Вы также можете направить нам заявление с объяснением, почему вас не устраивает наша документация, и ваше заявление будет храниться вместе с вашей документацией. На странице 4 указано, куда направлять запросы о внесении правок.

- **Право на получение уведомления о нарушении обязательств.** Нарушение обязательств – это такой случай, когда получение, использование или передача защищенной информации о вашем здоровье осуществлялись с нарушением применимых законов о неприкосновенности частной жизни. HPSM обязан сообщать вам о любых подобных инцидентах в течение 60 дней после обнаружения нарушения конфиденциальности вашей информации. Кроме того, уведомления могут быть

направлены Министру здравоохранения и социального обеспечения США, и в определенных ситуациях – в прессу.

В полученном вами уведомлении о нарушении будут содержаться следующие сведения: описание произошедшего, конфиденциальность какого типа информации была нарушена, и перечень действий, которые вам следует предпринять, чтобы защитить себя от возможного вреда. Кроме того, в уведомлении будет содержаться информация о том, какие действия предпринимает HPSM для расследования ситуации и сведения к минимуму возможного вреда для вас, а также для предотвращения подобных нарушений в будущем.

Изменения в данном уведомлении

Мы оставляем за собой право вносить изменения в текст данного уведомления. Мы оставляем за собой право применять новую редакцию уведомления ко всей вашей медицинской информации, которая имеется у нас в наличии, а также ко всей информации, которую мы получим в будущем. Дату вступления данного уведомления в силу указана вверху первой страницы. Кроме того, каждый раз при внесении изменений в текст данного уведомления мы будем сообщать вам об этом по почте в течение 60 дней. Текст действующего уведомления также будет размещен на нашем веб-сайте по адресу www.hpsm.org.

Как с нами связаться

Если вы считаете, что ваше право на неприкосновенность частной жизни было нарушено, вы можете подать жалобу в HPSM. Вы также можете подать жалобу в Министерство здравоохранения и социальной защиты США (Department of Health and Human Services).

Если у вас есть страховка по программе Medi-Cal или CareAdvantage Cal MediConnect (CareAdvantage CMC), вы также можете связаться с Департаментом здравоохранения штата Калифорния, чтобы подать жалобу.

Health Plan of San Mateo
Attn: Grievance & Appeals Unit
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080
1-888-576-7227 или **650-616-2850**

Secretary of the U.S. Department of
Health and Human Services
Office for Civil Rights
Attn: Regional Manager
90 7th St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
1-800-368-1019 или **1-800-537-7697**
(TDD, телекоммуникатор для глухих)

Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
California Department of Health Care
Services
1501 Capitol Avenue
P.O. Box 997413, MS0010
Sacramento, CA 95899-7413
1-916-455-4646 или **1-866-866-0602**

В связи с подачей жалобы в отношении вас не будут приняты никакие ответные меры или штрафные санкции.

Направляйте запросы относительно своих прав, описанных в данном уведомлении, в письменной форме по адресу:

Health Plan of San Mateo
Attn: Privacy Officer
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

Если вы запросите о предоставлении вам копии вашей медицинской информации, мы можем взыскать плату за стоимость копирования, почтовой пересылки и других материалов и расходов, необходимых для выполнения вашего запроса. Мы сообщим вам сумму, которую нужно будет оплатить, и при желании вы сможете отменить или изменить свой запрос до того, как он будет удовлетворен.

Если у вас есть вопросы по поводу данного уведомления, свяжитесь с отделом обслуживания участников. Обращайтесь к сотрудникам отдела с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00 по телефону **1-800-750-4776** или **650-616-2133**. Если у вас имеется страховка CareAdvantage CMC, обращайтесь в подразделение CareAdvantage Unit в любой день недели с 8:00 до 20:00 по телефону **1-866-880-0606** или **650-616-2174**.

Участники с нарушениями слуха или речи могут воспользоваться телетайпом (TTY) Службы переадресации телефонных вызовов штата Калифорния (California Relay Service, CRS) по номеру **1-800-735-2929** или набрать **7-1-1**.