



Уведомление о политике конфиденциальности

Свяжитесь с сотрудником по обеспечению конфиденциальности:

dlfamcprivacyofficer@mychoicefamilycare.org

1-833-253-3465

или отправьте письмо по адресу:

10201 West Innovation Drive Suite 100

Wauwatosa, WI 53226 [США]

Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

В этом уведомлении описывается, как ваша медицинская информация может использоваться и передаваться, и каким образом вы можете получить доступ к этой информации. **Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с ним.**

Ваши права на конфиденциальность

Вы имеете право:

- Получить экземпляр вашей документации на бумажном носителе или электронном носителе
- Внести исправления в вашу документацию на бумажном носителе или электронном носителе
- Отправить запрос на конфиденциальную связь
- Попросить нас ограничить информацию, которую мы передаем
- Получить список лиц, которым мы передали вашу информацию
- Получить копию этого уведомления о конфиденциальности
- Выбрать человека, который будет действовать за вас
- Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены.

Ваши варианты выбора

У вас есть некоторые варианты выбора того, как мы будем использовать и передавать информацию, поскольку мы:

- Отвечаем на вопросы о страховом покрытии, касающемся вашей семьи и ваших друзей
- Обеспечиваем помощь в случае бедствий

- Продвигаем наши услуги и продаем вашу информацию.

Использование и раскрытие информации

Мы можем использовать и передавать вашу информацию, поскольку мы:

- Помогаем в управлении лечением, которое вы получаете
- Руководим нашей организацией
- Вносим оплату за полученные вами услуги
- Управляем планом медицинского страхования
- Помогаем в решении вопросов общественного здравоохранения и безопасности
- Проводим исследование
- Соблюдаем закон
- Отвечаем на запросы о донорстве органов и тканей и работаем с патологоанатомом или директором похоронного агентства
- Решаем вопросы с компенсацией работникам, занимаемся запросами правоохранительных органов и других государственных органов
- Отвечаем на иски и участвуем в судебных разбирательствах.

Ваши права

Когда речь идет о вашей медицинской информации, то у вас есть определенные права. В этом разделе разъясняются ваши права и некоторые из наших обязанностей, которые вам нужно выполнять.

Получите копию своей истории болезни и претензий

- Вы можете попросить посмотреть или получить копию медицинских документов и претензий на бумажном носителе, а также другую медицинскую информацию о вас, которой мы располагаем. Спросите нас о том, как сделать это.
- Мы предоставим копию или краткое изложение вашей медицинской документации и претензий, как правило, в течение 30 дней после вашего запроса. Мы можем взимать разумную, основанную на затратах плату.

Попросить нас внести исправления в медицинские документы и претензии

- Попросить нас внести исправления в медицинские документы и претензии, если вы считаете, что они являются неправильными или неполными. Спросите нас о том, как сделать это.
- Мы можем отклонить ваш запрос, но мы сообщим вам причины отказа в письменной форме в течение 60 дней.

Отправьте запрос на конфиденциальную связь

- Вы можете попросить нас связаться с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или, чтобы мы отправляли вам письма по другому адресу.
- Мы будем рассматривать все обоснованные запросы, и мы обязаны дать положительный ответ, если вы сообщите нам, что ваше здоровье будет в опасности, в случае отрицательного ответа с нашей стороны.

Попросить нас ввести ограничения в отношении того, что мы используем или отправляем другим лицам

- Вы можете попросить нас **не использовать** или **не передавать** определенную медицинскую информацию, касающуюся лечения, оплаты или деятельности.
- Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом, и мы можем отклонить его, если это негативным образом повлияет на ваше медицинское обслуживание.

Получите список тех лиц, которым мы передали информацию

- Вы можете попросить, чтобы мы выдали вам список (отчет) с данными о том, сколько раз мы предоставляли информацию о вашем здоровье за шесть лет до даты запроса, кому мы предоставили эту информацию и по каким причинам.
- Мы включим все случаи раскрытия информации, за исключением информации о лечении, платежах и работ в области здравоохранения, а также о некоторых других раскрытиях (например, о тех, которые вы просили сделать). Мы бесплатно предоставляем один отчет в год, но будем взимать разумную, основанную на затратах плату, если вы запросите еще один отчет в течение 12 месяцев.

Получите копию этого уведомления о конфиденциальности

- Вы можете в любое время попросить нас предоставить вам копию этого уведомления на бумажном носителе, даже если вы согласились получать уведомление в электронном виде. Мы предоставим вам копию на бумажном носителе незамедлительно.

Выберите человека, который будет действовать за вас

- Если вы дали кому-либо медицинскую доверенность, или если кто-то является вашим законным опекуном, то это лицо может реализовывать ваши права и делать выбор в отношении вашей медицинской информации.
- Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы убедимся в том, что данный человек обладает этим правом и может действовать от вашего лица.

Подайте жалобу, если по вашему мнению, ваши права были нарушены

- Подайте жалобу, если по вашему мнению, ваши права были нарушены, связавшись с нами, используя информацию, приведенную на странице 1.
- Вы можете подать жалобу в Министерство здравоохранения и социальной защиты США, отправив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 [США], позвонив по номеру: 1-877-696-6775 или посетив веб-сайт: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Мы не будем применять ответные меры против вас из-за подачи жалобы.

Ваши варианты выбора

Что касается определенной медицинской информации, то вы можете рассказать нам о своем выборе в отношении того, какую информацию мы отправляем другим лицам. Если у вас есть четкое предпочтение относительно того, как мы предоставляем вашу информацию в нижеописанных ситуациях, то обратитесь к нам. Расскажите нам о том, что вы хотите от нас, и мы будем следовать вашим инструкциям.

В таких случаях у вас есть право и выбор проинструктировать нас о следующем:

- Отправлять информацию вашей семье, близким друзьям или другим лицам, участвующим в вашем лечении;
- Отправлять информацию в ситуации, связанной с бедствием.

Если вы не можете сообщить нам о своих предпочтениях, например, в том случае, когда вы находитесь в бессознательном состоянии, то мы можем передать вашу информацию, если мы считаем, что это в ваших интересах. Мы также можем передавать вашу информацию, если это необходимо для снижения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или для обеспечения безопасности.

В этих случаях мы *никогда* не будем передавать вашу информацию, если вы не дадите нам на это письменное разрешение:

- Маркетинговые цели
- Продажа вашей информации

Использование и раскрытие информации

Каким образом мы обычно используем или передаем вашу медицинскую информацию?

Мы обычно используем или передаем вашу медицинскую информацию следующим образом.

Помогаем в управлении лечением, которое вы получаете

Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и передавать ее другим специалистам, которые занимаются вашим лечением.

Пример: Врач отправляет нам информацию о вашем диагнозе и плане лечения, чтобы мы могли организовать дополнительные услуги.

Руководим нашей организацией

Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы руководить нашей организацией и при необходимости связываться с вами.

Нам не разрешается использовать генетическую информацию для принятия решений, связанных с предоставлением вам страхового покрытия и стоимости такого покрытия. Это не относится к долгосрочным планам лечения.

Пример: Мы используем медицинскую информацию о вас для разработки более качественных услуг.

Внесите оплату за полученные вами медицинские услуги

Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, поскольку мы оплачиваем ваши медицинские услуги.

Пример: Мы предоставляем информацию о вас с вашим стоматологическим планом, чтобы скоординировать оплату за выполненную для вас стоматологическую работу.

Управляем вашим планом

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию спонсору плана медицинского страхования с целью администрирования плана.

Пример: Ваша компания заключила с нами договор о предоставлении плана медицинского страхования, и мы предоставляем вашей компании определенную статистику для объяснения страховых взносов, которые мы взимаем.

Как еще мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию?

Нам разрешено или мы обязаны передавать вашу информацию другими способами. Обычно речь идет о таких способах, которые способствуют общественному благу, например общественному здравоохранению и исследованиям. Прежде чем мы передадим вашу информацию в этих целях, мы должны выполнить все положения закона. Дополнительная информация представлена на сайте:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Помогаем в решении вопросов общественного здравоохранения и безопасности

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

- Профилактика заболевания
- Помощь в отзыве продукции
- Сообщения о нежелательных реакциях на лекарственные препараты
- Сообщение о подозреваемом жестоком обращении, халатности или насилии в семье
- Предотвращение или снижение серьезной угрозы здоровью или безопасности любого человека.

Проведение исследований

Мы можем использовать или передавать вашу информацию в целях медицинских исследований.

Соблюдение закона

Мы будем предоставлять информацию о вас, если это требуется государственным или федеральным законодательством, в том числе Министерством здравоохранения и социальной защиты, если он захочет провести проверку того, соблюдаем ли мы федеральное законодательство о конфиденциальности.

Отвечаем на запросы о донорстве органов и тканей и работаем с патологоанатомом или директором похоронного агентства

Мы можем передавать вашу медицинскую информацию организациям, которые занимаются закупкой органов.

Когда человек умирает, мы можем передавать медицинскую информацию судмедэксперту, патологоанатому или директору похоронного агентства.

Работаем с патологоанатомом или директором похоронного агентства

Когда человек умирает, мы можем передавать медицинскую информацию судмедэксперту, патологоанатому или директору похоронного агентства.

Решаем вопросы с компенсацией работникам, занимаемся запросами правоохранительных органов и других государственных органов

Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию:

- В рамках требований компенсации работникам
- В целях обеспечения правопорядка или должностным лицам правоохранительных органов
- Органам надзора за здравоохранением в связи с деятельностью, разрешенной законом
- Специальным государственным функциям, таким как армия, службы национальной безопасности и служба охраны президента.

Отвечаем на иски и участвуем в судебных разбирательствах

Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в ответ на решение суда или в связи с административным приказом, или в качестве ответа на повестку в суд.

Наши обязанности

- По закону мы обязаны сохранять конфиденциальность и безопасность вашей защищенной медицинской информации.
- Мы незамедлительно сообщим вам, если произойдет нарушение, которое могло поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей информации.
- Мы должны следовать обязанностям и методам обеспечения конфиденциальности, описанным в этом уведомлении, и предоставить вам копию этого документа.
- Мы не будем использовать или передавать вашу информацию другим образом, описанным в этом уведомлении, кроме тех случаев, когда вы в письменном виде разрешите нам делать это. Если вы сообщите нам об этом, вы можете изменить свое решение в любое время. Если вы передумаете, то сообщите нам об этом в письменной форме.

Дополнительная информация представлена на сайте:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Изменения условий настоящего уведомления

Мы можем изменить условия этого уведомления, и изменения будут применяться ко всей информации, которой мы располагаем о вас. Новое уведомление будет предоставляться по запросу, в нашем офисе и размещаться на нашем веб-сайте.

Дата вступления в силу: 09.01.2014

Настоящее уведомление о конфиденциальности применяется к следующим организациям:

My Choice Wisconsin, Inc.

My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.