

# Уведомление о политике конфиденциальности

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

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

### **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, чтобы помочь вам.

#### **Получить копию вашей медицинской документации и записей о претензиях**

- Вы можете попросить посмотреть или получить копию вашей медицинской документации и записей о претензиях 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 записей о претензиях, как правило, в течение 30 дней после вашего запроса. Мы можем взимать разумную, основанную на затратах плату.

#### **Попросить нас внести исправления в медицинскую документацию и записи о претензиях**

- Вы можете попросить нас внести исправления в вашу медицинскую документацию и записи о претензиях, 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.

#### **Отправить 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.

## Получить список тех лиц, которым мы передали информацию

- Вы можете попросить, чтобы мы выдали вам список (отчет) с данными о том, сколько раз мы передавали вашу медицинскую информацию за шесть лет до даты запроса, кому мы передавали 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.

## Получить копию этого уведомления о соблюдении 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.

## Выбрать 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.

## Подать жалобу, если, по вашему мнению, ваши права были нарушены

- Вы можете подать жалобу, если, по вашему мнению, ваши права были нарушены, связавшись с нами, воспользовавшись информацией на последней странице.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения 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/](http://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 оплате вашего лечения.
- 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.*

**Вносим оплату за полученные вами медицинские услуги**

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

*Пример: Мы передаем информацию о вас вашему стоматологическому плану для координации оплаты ваших стоматологических работ.*

**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 определенные статистические данные для объяснения взимаемых нами страховых взносов.*



## **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](http://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
  - Сообщение 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

## **Проводим исследование**

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

## **Соблюдаем закон**

- Мы будем передавать информацию о вас, если это требуется государственным или федеральным законодательством, в том числе в Министерство здравоохранения и социального обеспечения, если оно 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.

## **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 государственными 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 каким-либо иным образом, кроме описанного в данном документе, 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](http://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.

### Настоящее уведомление о конфиденциальности применяется к следующим организациям:

*My Choice Wisconsin, Inc.*

*My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.*

**Свяжитесь с сотрудником по  
обеспечению конфиденциальности:**

[dlfamcprivacyofficer@mychoicewi.org](mailto:dlfamcprivacyofficer@mychoicewi.org)

1-833-253-3465 (TTY 711)

[mychoicewi.org](http://mychoicewi.org)

**Или отправьте письмо по адресу:**

Кому: Privacy Officer

My Choice Wisconsin

10201 West Innovation Drive Suite 100

Wauwatosa, WI 53226 [США]

Дата вступления в силу уведомления 9.01.2014 г.

Проверено 18.07.2023 г.