

## УВЕДОМЛЕНИЕ О МЕТОДАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ КОМПАНИИ MOLINA HEALTHCARE OF WISCONSIN, INC.

**В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ, КАК ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И ПЕРЕДАВАТЬСЯ И КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ.**

Компания Molina Healthcare of Wisconsin, Inc., «My Choice Wisconsin by Molina Healthcare», («**Molina Healthcare**», «**Molina**», «**мы**» или «**наш**») использует и передает защищенную медицинскую информацию о Вас для предоставления Вам медицинских льгот. Мы используем и передаем Вашу информацию для проведения лечения, совершения платежей и осуществления деятельности в сфере здравоохранения. Мы также используем и передаем Вашу информацию по другим причинам, разрешенным и требуемым законом. Мы обязаны сохранять конфиденциальность Вашей медицинской информации и соблюдать условия настоящего Уведомления. Дата вступления в силу настоящего Уведомления — 1 июля 2024 г.

**ЗМИ** расшифровывается как защищенная медицинская информация. Под **ЗМИ** подразумевается медицинская информация, включающая Ваше имя, номер участника или другие идентификаторы и используемая или передаваемая компанией Molina.

### **Почему компания Molina использует или передает Вашу ЗМИ?**

Мы используем или передаем Вашу ЗМИ для предоставления Вам льгот на медицинское обслуживание. Ваша ЗМИ используется или передается для проведения лечения, совершения платежей и осуществления деятельности в сфере здравоохранения.

### **Для проведения лечения**

Компания Molina может использовать или передавать Вашу ЗМИ для предоставления Вам или организации Вашего медицинского обслуживания. Это лечение также предусматривает обмен медицинской информацией между Вашими врачами или другими поставщиками медицинских услуг. Например, мы можем передать информацию о состоянии Вашего здоровья специалисту. Это поможет специалисту обсудить Ваше лечение с Вашим врачом.

### **Для совершения платежей**

Компания Molina может использовать или передавать ЗМИ для принятия решений о совершении платежей. К ней могут относиться страховые требования, одобрения для лечения и решения о медицинской необходимости. В счете могут быть указаны Ваши имя и фамилия, Ваше заболевание, лечение и предоставленные материалы. Например, мы можем сообщить врачу, что у Вас есть наши льготы. Мы также сообщаем врачу сумму счета, которую мы готовы оплатить.

### **Для осуществления деятельности в сфере здравоохранения**

Компания Molina может использовать или передавать ЗМИ о Вас для управления нашим планом медицинского страхования. Например, мы можем использовать информацию из Вашего страхового требования, чтобы сообщить Вам о программе медицинского обслуживания, которая может Вам помочь. Мы также можем использовать или передавать Вашу ЗМИ для решения проблем участников. Мы можем использовать или передавать Вашу ЗМИ (например, биометрическую информацию) для подтверждения Вашей личности, предоставления Вам услуг и решения проблем участников. Ваша ЗМИ также может использоваться для обеспечения надлежащей оплаты страховых требований.

Деятельность в сфере здравоохранения сопряжена со многими повседневными деловыми потребностями. Она включает, помимо прочего, следующее:

- улучшение качества;
- действия в рамках программ медицинского обслуживания, направленные на помощь участникам с определенными заболеваниями (например, астмой);
- проведение или организацию медицинской экспертизы;
- юридические услуги, включая программы по выявлению и преследованию мошенничества и злоупотреблений;

- действия, помогающие нам соблюдать законы;
- удовлетворение потребностей участников, включая рассмотрение жалоб и претензий.

Мы будем передавать Вашу ЗМИ другим компаниям («деловым партнерам»), осуществляющим различные виды деятельности для нашего плана медицинского страхования. Мы также можем использовать Вашу ЗМИ для напоминания Вам о назначенных визитах. Мы можем использовать Вашу ЗМИ для предоставления Вам информации о другом лечении или других льготах и услугах, связанных со здоровьем.

### **Когда компания Molina может использовать или передавать Вашу ЗМИ без получения от Вас письменного разрешения (одобрения)?**

Закон разрешает или требует от компании Molina использовать и передавать Вашу ЗМИ для ряда других целей, включая следующие:

#### **Требования закона**

Мы будем использовать или передавать информацию о Вас в соответствии с требованиями закона. Мы будем передавать Вашу ЗМИ по требованию секретаря Департамента здравоохранения и социального обеспечения (Health and Human Services, HHS). Это может быть связано с судебным разбирательством, другой юридической экспертизой или необходимостью в правоприменительных целях.

#### **Общественное здравоохранение**

Ваша ЗМИ может использоваться или передаваться для проведения мероприятий в области общественного здравоохранения. Это может выражаться в оказании помощи органам здравоохранения в предупреждении заболеваний или борьбе с ними.

#### **Надзор за медицинским обслуживанием**

Ваша ЗМИ может использоваться или передаваться государственным учреждениям. Им может потребоваться Ваша ЗМИ для проведения аудита.

#### **Проведение исследований**

В определенных случаях Ваша ЗМИ может использоваться или передаваться для проведения исследований.

#### **Судебные или административные разбирательства**

Ваша ЗМИ может использоваться или передаваться для судебного разбирательства, например, в ответ на судебное постановление.

#### **Правоохранительные органы**

Ваша ЗМИ может использоваться или передаваться полиции, чтобы помочь найти подозреваемого, свидетеля или пропавшего человека.

#### **Здоровье и безопасность**

Ваша ЗМИ может передаваться для предотвращения серьезной угрозы общественному здравоохранению или безопасности.

#### **Правительственные функции**

Ваша ЗМИ может передаваться правительству для выполнения специальных функций. Примером может служить защита президента.

#### **Жертвы жестокого обращения, пренебрежения или домашнего насилия**

Ваша ЗМИ может передаваться юридическим органам, если мы считаем, что человек стал жертвой жестокого обращения или пренебрежения.

#### **Компенсация работникам**

Ваша ЗМИ может использоваться или передаваться для соблюдения законов о компенсации работникам.

#### **Другие виды раскрытия информации**

Ваша ЗМИ может передаваться директорам похоронных бюро или коронером, чтобы помочь им выполнять свою работу.

## **Когда компании Molina требуется Ваше письменное разрешение (одобрение) на использование или передачу Вашей ЗМИ?**

Компании Molina необходимо ваше письменное согласие на использование или передачу Вашей ЗМИ для целей, отличных от перечисленных в настоящем Уведомлении. Компании Molina необходимо получить Ваше разрешение, прежде чем мы раскроем Вашу ЗМИ для следующих целей: (1) использование и раскрытие записей о психотерапии в большинстве случаев; (2) использование и раскрытие в маркетинговых целях; и (3) использование и раскрытие, связанное с продажей ЗМИ. Вы можете аннулировать письменное одобрение, которое Вы нам предоставили. Ваше аннулирование не будет распространяться на действия, уже предпринятые нами в связи с тем, что Вы уже дали нам одобрение.

## **Каковы Ваши права в отношении медицинской информации?**

Вы имеете право:

- **Запросить ограничения на использование или раскрытие ЗМИ (передачу Вашей ЗМИ)**  
Вы можете попросить нас не передавать Вашу ЗМИ для проведения лечения, совершения платежей или осуществления деятельности в сфере здравоохранения. Вы также можете попросить нас не передавать Вашу ЗМИ родственникам, друзьям или другим названным Вами лицам, которые участвуют в Вашем медицинском обслуживании. Однако мы не обязаны соглашаться на Ваш запрос. Вам необходимо подать запрос в письменном виде. Для подачи запроса Вы можете использовать форму компании Molina.
- **Запросить конфиденциальную передачу ЗМИ**  
Вы можете попросить компанию Molina передать Вам Вашу ЗМИ определенным образом или в определенном месте, чтобы помочь сохранить конфиденциальность Вашей ЗМИ. Мы выполним разумные просьбы, если Вы расскажете нам, что передача всей или части этой ЗМИ может подвергнуть Вашу жизнь риску. Вам необходимо подать запрос в письменном виде. Для подачи запроса Вы можете использовать форму компании Molina.
- **Просматривать и копировать Вашу ЗМИ**  
Вы имеете право просматривать и получать копию Вашей ЗМИ, хранящейся у нас. Это может касаться документации, используемой при принятии решений о страховом покрытии, страховых требованиях и других решений в качестве участника плана компании Molina. Вам необходимо подать запрос в письменном виде. Для подачи запроса Вы можете использовать форму компании Molina. Мы можем взимать с Вас разумную плату за копирование и пересылку документации. В некоторых случаях мы можем отклонить запрос. *Важное примечание: у нас нет полных копий Вашей медицинской документации. Если Вы хотите просмотреть, получить копию или изменить свою медицинскую документацию, обратитесь к своему врачу или в клинику.*
- **Внести поправки в Вашу ЗМИ**  
Вы можете попросить нас внести поправки (изменения) в Вашу ЗМИ. Это касается только той документации, которая хранится у нас о Вас как об участнике. Вам необходимо подать запрос в письменном виде. Для подачи запроса Вы можете использовать форму компании Molina. Вы можете подать письмо с несогласием в случае отклонения запроса.
- **Получить отчет о раскрытии ЗМИ (передаче Вашей ЗМИ)**  
Вы можете попросить нас предоставить Вам список определенных сторон, которым мы передали Вашу ЗМИ в течение шести лет, предшествующих дате Вашего запроса. В этот список не будет включена ЗМИ, передаваемая в следующих случаях:
  - для проведения лечения, совершения платежей или осуществления деятельности в сфере здравоохранения;
  - лицам по поводу их собственной ЗМИ;
  - передача, осуществляемая с Вашего разрешения;
  - в связи с использованием или раскрытием информации, разрешенным или требуемым в соответствии с действующим законодательством;
  - ЗМИ, предоставляемая в интересах национальной безопасности или в разведывательных целях; или
  - как часть ограниченного набора данных в соответствии с действующим законодательством.

Мы будем взимать разумную плату за каждый список, если Вы запрашиваете его несколько раз за 12-месячный период. Вам необходимо подать запрос в письменном виде. Для подачи запроса Вы можете использовать форму компании Molina.

Вы можете сделать любой из перечисленных выше запросов или получить бумажную копию настоящего Уведомления. Позвоните в наш отдел обслуживания участников по телефону 1 (888) 999-2404, (телетайп: 711).

### **Что Вы можете сделать, если Ваши права не были защищены?**

Вы можете подать жалобу в компанию Molina и в Департамент здравоохранения и социального обеспечения, если считаете, что Ваши права на конфиденциальность были нарушены. Мы не будем предпринимать какие-либо ответные меры в отношении Вас за подачу жалобы. Ваше медицинское обслуживание и льготы никак не изменятся.

Вы можете подать нам жалобу по адресу:

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.  
Manager of Member Services  
10201 W. Innovation Dr. #100  
Wauwatosa, WI 53226  
Телефон: 1 (888) 999-2404, (телетайп: 711)

Вы можете подать жалобу секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения США по адресу:

Office for Civil Rights – U.S. Department of Health & Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F, ННН Building  
Washington, D.C. 20201  
1 (800) 368-1019; 1 (800) 537-7697 (ТЕЛЕТАЙП) 1 (312) 886-1807 (ФАКС)

### **Каковы обязанности компании Molina?**

Компания Molina обязана:

- сохранять конфиденциальность Вашей ЗМИ;
- предоставлять Вам письменную информацию, такую как эта, о наших обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности Вашей ЗМИ;
- направлять Вам уведомление в случае любой утечки Вашей незащищенной ЗМИ;
- не использовать и не раскрывать Вашу генетическую информацию для целей андеррайтинга;
- соблюдать условия настоящего Уведомления.

### **Настоящее Уведомление может быть изменено**

**Компания Molina оставляет за собой право в любое время вносить изменения в свои методы обработки информации и условия настоящего Уведомления. В этом случае новые условия и методы будут применяться ко всей хранящейся у нас ЗМИ. При внесении каких-либо существенных изменений компания Molina разместит пересмотренное Уведомление на своем веб-сайте и направит пересмотренное Уведомление или информацию о существенном изменении и о том, как получить пересмотренное Уведомление, в нашей следующей ежегодной рассылке нашим участникам, на которых распространяется действие плана компании Molina.**

Контактная информация

При возникновении каких-либо вопросов обращайтесь в следующий офис:

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.  
Attention: Manager of Member Services  
10201 W. Innovation Dr. #100  
Wauwatosa, WI 53226  
Телефон: 1 (888) 999-2404, (телетайп: 711)