

Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.



В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ПРЕДСТАВЛЕН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧТИТЕ ЕГО.

Наше обязательство о конфиденциальности

В Blue Shield of California Promise Health Plan мы понимаем важность сохранения конфиденциальности вашей личной информации и очень серьезно относимся к своим обязательствам.

В ходе обычной деятельности мы создаем записи о вас, вашем лечении и предоставляемых вам услугах. Информация в этих записях называется «конфиденциальной медицинской информацией» (Protected Health Information, PHI). К ней относится ваша медицинская информация (как определено законодательством штата Калифорния) и индивидуально идентифицируемая личная информация (Personally Identifiable Information, PII), такая как ваше имя, адрес, номер телефона и номер социального страхования, а также информация о вашем здоровье, в том числе информация о медицинских диагнозах и данные по страховым требованиям.

В соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата мы обязаны предоставить вам это уведомление о наших юридических обязательствах и методах обеспечения конфиденциальности в отношении вашей PHI. Мы обязаны обеспечивать конфиденциальность вашей PHI и в случае ее нарушения уведомлять вас. Когда мы используем или передаем («раскрываем») вашу PHI, мы обязаны соблюдать условия данного уведомления, которое применяется ко всем содержащим вашу PHI записям, которые мы создаем, получаем и (или) ведем.

Ваши права

У вас есть определенные права в отношении вашей медицинской информации. В этом разделе разъясняются ваши права и некоторые наши обязанности по предоставлению вам помощи. Для определенных типов запросов вы должны заполнить и отправить нам форму, которую можно получить, позвонив в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты участника плана, или посетив наш веб-сайт по адресу: <https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/plan-documents>

Получать копии ваших медицинских документов и страховых требований

- Вы можете попросить посмотреть или получить копии ваших медицинских документов и страховых требований и другой вашей медицинской информации, которая у нас есть. Узнайте у нас, как это сделать.
- Мы предоставим вам копии медицинских документов и страховых требований, как правило, в течение 30 дней после получения запроса. Мы можем взимать с вас разумную плату за подготовку, копирование и (или) отправку таких документов вам по почте. В определенных ограниченных обстоятельствах, разрешенных законом, мы можем отказать вам в доступе к части ваших записей.
- Вероятнее всего, у нас нет полных копий вашей медицинской документации. Если вы хотите просмотреть или получить копию данных, учет которых мы не ведем, обратитесь к своему врачу или в клинику.

Запросить внесение исправлений в медицинскую документацию и страховые требования

- Вы можете попросить нас внести исправления в ваши медицинские документы и страховые требования, если вы считаете, что в них содержится неверная или неполная информация. Узнайте у нас, как это сделать.
- В ограниченных случаях при определенных обстоятельствах, разрешенных законом, мы можем отказать вам, однако в течение 60 дней мы в письменном виде известим вас о причине такого решения.
- Вероятнее всего, у нас нет полных копий вашей медицинской документации. Если вы хотите внести изменения в данные, учет которых мы не ведем, обратитесь к своему врачу или в клинику.

Запросить использование конфиденциальных способов связи

- Вы можете попросить нас связываться с вами по поводу вашей конфиденциальной медицинской информации, используя определенный канал связи (например, звонить только на домашний или рабочий телефон) или отправлять корреспонденцию по другому адресу.
 - Ваш запрос должен быть представлен в письменной форме. Мы будем удовлетворять все запросы на использование конфиденциальных способов связи в запрошенной форме и формате, если информацию можно легко воспроизвести в запрошенной форме и формате, либо предоставить в альтернативных местах. Если ваш запрос касается несовершеннолетнего ребенка, мы можем попросить вас предоставить юридические документы.
-

Ваши права (продолжение)

Запросить ограничение объема используемой или разглашаемой информации	• Вы можете попросить нас не использовать или не разглашать определенную медицинскую информацию, касающуюся лечения, платежей или нашей работы. • Мы не обязаны удовлетворять ваше требование и можем отказать, если это повлияет на ваше обслуживание.
Получить перечень лиц, которым мы передавали информацию	• Вы можете попросить предоставить перечень всех случаев передачи вашей медицинской информации за 6 (шесть) лет до даты подачи запроса. В ответ на этот запрос мы предоставим вам данные о том, какую информацию, когда, кому и почему мы передавали. • Мы внесем в перечень все случаи раскрытия информации, кроме случаев, связанных с лечением, платежами, работой медицинского учреждения, и некоторых других случаев (например, когда мы передавали информацию по вашей просьбе). Раз в год мы обязуемся предоставлять такой перечень бесплатно, но если вы попросите предоставить еще один перечень в течение 12 месяцев, мы будем взимать соразмерную плату.
Получить экземпляр настоящего уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией	• Вы можете попросить предоставить печатную копию этого уведомления в любой момент, даже если вы дали согласие на получение уведомления в электронной форме. Мы предоставим вам печатную копию незамедлительно.
Назначить представителя	• Вы можете назначить другое лицо в качестве вашего личного представителя. Вашему представителю будет предоставлен доступ к вашей PHI, возможность общаться с медицинскими работниками и учреждениями, предоставляющими вам медицинское обслуживание, а также пользоваться всеми другими правами HIPAA от вашего имени. В зависимости от полномочий, которыми вы наделите своего представителя, он также может иметь право принимать за вас медицинские решения. • Прежде чем предпринимать какое-либо действие, мы удостоверимся в том, что у такого лица есть полномочия и оно может действовать от вашего имени.

Ваши права (продолжение)

Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права были нарушены

- Если у вас есть вопросы о ваших правах на конфиденциальность или вы считаете, что мы нарушили ваши права на конфиденциальность, вы можете связаться с нами по адресу:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

P.O. Box 272540

Chico, CA 95927-2540

Телефон: (888) 266-8080

Горячая линия: (855) 296-9086

Факс: (800) 201-9020

Эл. почта: Privacy@blueshieldca.com

- Вы можете подать жалобу на имя главы Управления по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights), отправив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру (877) 696-6775, отправив электронное письмо по адресу электронной почты OCRComplaint@hhs.gov или посетив веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Если вы являетесь получателем льгот по программе Medi-Cal, вы также можете подать письменную жалобу в Департамент здравоохранения штата Калифорния (California Department of Health Care Services, DHCS) и план медицинского страхования L.A. Care Health Plan:

DHCS

DHCS Privacy Officer

1501 Capitol Avenue

MS0010

Sacramento, CA 95877-74113

Телефон: (866) 866-0602

TTY/TDD: (877) 735-2929

Факс: (916) 327-4556

Веб-сайт: www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv

L.A. Care Health Plan

Privacy Office

1055 West 7th Street, 10th Floor

Los Angeles, CA 90017

Телефон: (888) 839-9909

- Мы не будем принимать ответных мер в отношении вас за то, что вы подали жалобу.

Ваши предпочтения

Для некоторых категорий медицинской информации вы можете выбрать, какую именно информацию и при каких условиях мы можем передавать. Если у вас есть явные предпочтения в отношении способа передачи вашей информации в ситуациях, описанных ниже, сообщите нам предпочтительный порядок действий, которого мы будем придерживаться.

У вас есть право и возможность попросить нас не разглашать вашу информацию:

- Членам вашей семьи, близким друзьям или другим лицам, вовлеченным в процесс предоставления вам медицинского обслуживания или его оплаты.
- В связи с проведением мероприятий по сбору средств.
- Организации по обмену медицинской информацией (Health Information Exchange, HIE), такой как Manifest Medex. Такие организации по обмену медицинской информацией (HIE) помогают вашим поставщикам медицинских услуг и планам медицинского страхования проверять, анализировать и передавать вашу медицинскую информацию в целях улучшения качества предоставляемого вам медицинского обслуживания, сокращения числа ошибок медицинского характера и предотвращения предоставления нецелесообразного или дублирующегося лечения. Вы также можете запретить разглашение такой информации. Для этого перейдите на веб-сайт manifestmedex.org/opt-out/ или позвоните по номеру **(800) 490-7617**.

- Если иное не предусмотрено настоящим уведомлением.

Если вы не способны сообщить нам о своих предпочтениях, например, если вы находитесь в бессознательном состоянии, мы можем предоставить вашу информацию, если сочтем, что это в ваших интересах. Мы также можем разглашать вашу информацию, когда это необходимо для предотвращения серьезной и неминуемой угрозы здоровью или безопасности.

Мы никогда не станем разглашать вашу информацию без получения на то вашего письменного разрешения в таких случаях:

- Маркетинговые цели.
- Продажа вашей информации.

Использование и раскрытие информации

Как мы обычно используем или раскрываем вашу медицинскую информацию?

Как правило, мы используем или раскрываем вашу медицинскую информацию без вашего письменного разрешения в следующих случаях.

Чтобы помочь организовать процесс предоставления вам медицинского обслуживания

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и передавать ее специалистам, которые лечат вас.

Пример. Врач отправляет нам информацию о вашем диагнозе и плане лечения, чтобы мы могли организовать предоставление дополнительных услуг.

Чтобы обеспечивать деятельность нашей организации

- Мы можем использовать и раскрывать вашу информацию для обеспечения деятельности нашей организации и при необходимости связаться с вами, в том числе в целях проведения андеррайтинга.
- Однако обратите внимание, что мы не будем использовать или раскрывать вашу PHI, являющуюся генетической информацией, в целях андеррайтинга, так как это запрещено федеральным законом.

Пример. Мы используем вашу медицинскую информацию для оптимизации вашего обслуживания.

Для оплаты предоставляемых вам медицинских услуг

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

Пример. Мы раскрываем вашу информацию плану стоматологического обслуживания для координации оплаты вашего стоматологического лечения.

Для управления вашим планом

- Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию спонсору вашего плана медицинского страхования для управления планом.

Пример. Ваша компания заключает с нами договор о предоставлении плана медицинского страхования, а мы предоставляем вашей компании определенные статистические данные для разъяснения страховых взносов, которые мы взимаем.

Использование и раскрытие информации (продолжение)

Как еще мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию?

Мы можем и обязаны передавать вашу информацию без наличия вашего письменного разрешения в некоторых случаях: как правило, ради общественного блага, например для нужд системы здравоохранения и научных исследований. Мы должны соблюсти множество юридических условий, прежде чем предоставить вашу информацию для этих целей.

Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт:

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

Для предоставления помощи в решении проблем, связанных с общественным здравоохранением и безопасностью

- Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию в определенных ситуациях, в том числе в перечисленных ниже.
 - Для предотвращения заболеваний.
 - При содействии отзыву продукции.
 - При информировании о нежелательных реакциях на медицинские препараты.
 - При сообщении о фактах жестокого обращения, невыполнения обязанностей в отношении пожилого лица или домашнего насилия.
 - Для предоставления помощи в ликвидации последствий стихийных бедствий.
 - Для устранения серьезной угрозы здоровью и безопасности населения.

Для проведения исследований

- Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию для проведения медицинских исследований, но только в соответствии с законом.

Для предоставления информации в ответ на запросы о донорстве органов и тканей и сотрудничества с судебно-медицинскими экспертами или распорядителями похорон

- Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию трансплантологическим организациям.
- Мы можем раскрывать медицинскую информацию коронерам, судмедэкспертам или сотрудникам бюро ритуальных услуг в случае смерти человека, но только в соответствии с законом.

Для разрешения вопросов, связанных с выплатой компенсации работникам, и предоставления информации в ответ на запросы правоохранительных и других государственных органов

- Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию в следующих случаях.
 - В связи с требованиями о компенсации работникам.
 - В целях обеспечения правопорядка или по требованию сотрудника правоохранительных органов, но только в соответствии с законом и если разглашение такой информации разрешено законом.
 - По требованию агентств, осуществляющих надзор в сфере здравоохранения, для исполнения действий, разрешенных законом, но только в соответствии с законом и в порядке, разрешенном законом.
 - В целях выполнения специальных государственных функций, таких как военная служба, национальная безопасность и проведение мероприятий в целях защиты президента, но только в соответствии с законом и в порядке, разрешенном законом.

Использование и раскрытие информации (продолжение)

Для соблюдения требований законодательства

- Мы можем раскрывать информацию о вас в соответствии с требованиями законодательства штата или федерального законодательства, в том числе в ходе проверки соблюдения требований федерального законодательства о неприкосновенности частной жизни, инициированной Министерством здравоохранения и социальных служб.

В ответ на судебные иски и юридические требования

- Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию в ответ на распоряжение суда или административного органа, или в ответ на повестку о явке в суд, но только в соответствии с законом и в порядке, разрешенном законом.

Помимо целей, описанных выше, мы должны получить ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI. Например, мы не будем использовать вашу PHI в маркетинговых целях, продавать вашу PHI, а также не будем использовать или раскрывать данные касательно расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, или психотерапевтические записи без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, непосредственно разрешенных законом.

Вы можете отозвать предоставленное нам письменное разрешение. При отправке нам в письменном виде отмена будет применяться к будущему использованию и раскрытию вашей PHI. Это не повлияет на использование или раскрытие информации, сделанное ранее, пока действовало ваше разрешение.

Использование и раскрытие информации (продолжение)

В каких случаях мы не будем раскрывать вашу медицинскую информацию? Мы не можем использовать или раскрывать следующие категории медицинской информации без наличия вашего письменного разрешения, если иное не разрешено законом.

Охрана репродуктивного здоровья

- Ваша медицинская информация не может использоваться или раскрываться для проведения какого-либо уголовного, гражданского или административного расследования или возложения какой-либо ответственности на вас или другое лицо, а также для идентификации вас или другого лица в связи с поиском, получением, предоставлением или содействием в предоставлении услуг в области репродуктивного здоровья, при условии, что услуги в области репродуктивного здоровья являются законными в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, в котором предоставляются такие услуги. К охране репродуктивного здоровья относятся, помимо прочего, услуги, связанные с абортами.
- Любая медицинская информация касательно законного предоставления услуг, связанных с абортами, не будет раскрываться в ответ на повестку в суд, запрос или распоряжение суда, а также в ответ на запрос или в результате сотрудничества с расследованием, проводимым частным или правительственным учреждением в другом штате или федеральным правоохранительным органом, без вашего письменного на то разрешения, за исключением случаев, непосредственно разрешенных или требуемых законом.

Пример. Если вы проживаете в другом штате и приезжаете в штат Калифорния для получения законных услуг в области репродуктивного здоровья, таких как совершение аборта, нам запрещено раскрывать такую информацию и мы не будем раскрывать ее в случаях, если кто-либо попытается провести расследование на предмет получения вами таких услуг. Однако, если мы получим законное подтверждение от лица, запрашивающего такую информацию, мы можем раскрыть вашу PHI, потенциально связанную с репродуктивным здоровьем (в частности о прерывании беременности) в следующих целях:

- для осуществления деятельности по надзору за здоровьем;
- для судебного и административного производства;
- правоохранительным органам;
- коронеру или для проведения медицинских обследований.

Использование и раскрытие информации (продолжение)

- Любая ваша медицинская информация касательно обращения, получения, предоставления, оказания поддержки или помощи в проведении законного аборта, не будет раскрываться, передаваться и не будет доступна в электронной системе учета медицинской информации или через панель обмена медицинской информацией (HIE) любому лицу в другом штате без вашего письменного на то разрешения, за исключением случаев, непосредственно разрешенных или требуемых законом.

Лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ

- Данные о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, не будут использоваться или раскрываться в ходе гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательств против вас, если вы не дадите на то письменного разрешения или если суд не вынесет постановление о раскрытии информации после предоставления вам уведомления и возможности оспорить такое требование (такое постановление должно сопровождаться повесткой в суд или другим правовым требованием, требующим раскрытия информации в обязательном порядке).

Пример. Если вы вовлечены в судебный процесс и какая-либо сторона просит нас предоставить ваши данные о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, мы не предоставим их, пока вы не предоставите нам письменное разрешение или пока суд не вынесет соответствующее постановление и не выдаст требующий этого юридический документ.

Наши обязанности

- В соответствии с законодательством мы обязаны соблюдать физические, технические и административные меры безопасности для обеспечения конфиденциальности вашей PHI. Для защиты вашей конфиденциальности только авторизованные и обученные сотрудники Blue Shield Promise получают доступ к нашим бумажным и электронным записям, а также к закрытым областям, где хранится эта информация. Наши сотрудники проходят обучение по следующим темам:
 - политики и процедуры обеспечения конфиденциальности и защиты данных, включая правильную маркировку, хранение, обработку и получение доступа к бумажным и электронным записям;
 - физические, технические и административные меры защиты для обеспечения конфиденциальности и безопасности вашей PHI.
- Наш корпоративный офис конфиденциальности следит за тем, как мы соблюдаем наши политики и процедуры конфиденциальности, и обучает сотрудников нашей организации этой важной теме.
- Мы будем соблюдать все законы, которые требуют от нас защищать вашу конфиденциальность, в том числе HIPAA, любые другие федеральные законы и законы штата Калифорния о конфиденциальности. Например, существуют специальные законы, защищающие некоторые категории медицинской информации, такие как, помимо прочего, психотерапевтические записи, информацию о репродуктивном и сексуальном здоровье, медицинском обслуживании с учетом факторов гендерной принадлежности, услугах охраны психического здоровья, лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (Substance use disorders, SUD), генетическую информацию, а также информацию о проведении обследования на наличие и лечении ВИЧ/СПИДа. Мы будем соблюдать эти законы. Поскольку федеральные законы и законы штата Калифорния о конфиденциальности устанавливают различные стандарты для определенных категорий медицинской информации, мы будем придерживаться стандартов, которые предоставляют вашей медицинской информации более высокую степень защиты и безопасности, если иное не требуется законом. Любое раскрытие PHI, выходящее за рамки положений закона, запрещено.
- Если произойдет нарушение, которое может подвергнуть риску конфиденциальность или безопасность вашей информации, мы незамедлительно сообщим вам об этом.
- Мы должны выполнять обязательства и правила обеспечения конфиденциальности, описанные в этом уведомлении, и предоставить вам его копию.

Наши обязанности (продолжение)

- Мы не будем использовать или раскрывать вашу информацию за исключением случаев, описанных здесь, если вы в письменной форме не предоставите нам свое разрешение. Если вы предоставите нам свое разрешение, вы можете в любой момент передумать. Если передумаете, направьте нам письменное уведомление.
- Обратите внимание: существует вероятность, что информация, которую мы надлежащим образом раскрыли в соответствии с настоящим уведомлением, может быть повторно раскрыта получателем. Если это случится, она больше не будет находиться под защитой в соответствии с правилами, изложенными в настоящем уведомлении.

Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт:

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

Изменения в условиях настоящего уведомления

Мы можем вносить изменения в условия настоящего уведомления. Изменения будут применимы ко всей имеющейся у нас информации о вас. Новое уведомление будет предоставлено по запросу, доступно на нашем веб-сайте, и мы также отправим вам экземпляр уведомления по почте.

Дата вступления в силу настоящего уведомления:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Privacy Office
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540
Телефон: (888) 266-8080
Горячая линия: (855) 296-9086
Факс: (800) 201-9020
Эл. почта: Privacy@blueshieldca.com
