

# Информация о вас. Ваши права. Наши обязанности.

В данном уведомлении о соблюдении конфиденциальности говорится о том, как мы можем использовать или разглашать медицинскую информацию о вас.

**Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с документом.**

Если вам требуется помощь в разъяснении данного уведомления, просим вас позвонить в отдел обслуживания клиентов по указанному выше телефону.

## Ваша защищенная медицинская информация

### Что является защищенной медицинской информацией (PHI)?

Ваши медицинские записи, в которых указываются сведения о лечении, лекарствах, процедурах и т. д.:

- ▶ Ваш адрес и номер телефона
- ▶ Информация о правомочности, например, о доходе
- ▶ Идентификационный номер участника
- ▶ Получаемые услуги
- ▶ Услуги социального сопровождения

Наши сотрудники обрабатывают вашу информацию на бумаге, по телефону и на компьютере. Мы располагаем системами, обеспечивающими сохранность и конфиденциальность вашей медицинской информации. Сотрудники проходят обучение по защите вашей информации.

## Ваши права

См. стр. 2

### Вы имеете следующие права:

- ▶ Получить копию своей медицинской карты в распечатанном или электронном виде
- ▶ Запросить изменения в бумажную или электронную медицинскую запись
- ▶ Попросить о конфиденциальном разговоре
- ▶ Попросить нас ограничить объем разглашаемой информации
- ▶ Получить список лиц, которым мы передали вашу информацию
- ▶ Получить копию данного уведомления о конфиденциальности
- ▶ Выбрать человека, который будет действовать от вашего имени
- ▶ Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены

## Ваш выбор

См. стр. 3

**У вас есть определенный выбор, касающийся порядка использования и разглашения нами информации в случаях, когда мы:**

- ▶ Сообщаем вашим родным и друзьям о состоянии вашего здоровья
- ▶ Оказываем помощь пострадавшим от стихийных бедствий
- ▶ Предоставляем психиатрическую помощь

## Использование и раскрытие нами информации

См. страницы 3 и 4

**Мы можем использовать и разглашать информацию и вас для того, чтобы:**

- ▶ Заниматься вашим лечением
- ▶ Работать с вашими поставщиками услуг
- ▶ Управлять нашим планом медицинского страхования
- ▶ Платить вашим поставщикам услуг
- ▶ Проводить исследования
- ▶ Соблюдать закон
- ▶ Отвечать на запросы государственных служб
- ▶ Отвечать на судебные иски и судебные разбирательства
- ▶ Отвечать на запросы о донорстве органов и тканей
- ▶ Предлагать помощь в решении вопросов общественного здравоохранения и безопасности
- ▶ Работать с медицинским экспертом или директором похоронного бюро

## Ваши права

**Когда речь идет о вашей медицинской информации, у вас есть определенные права.** В этом разделе объясняются ваши права и некоторые наши обязанности по оказанию вам помощи.

### Получение электронной или бумажной копии вашей медицинской карты

- ▶ Вы можете запросить у нас копию вашей медицинской карты и другой медицинской информации о вас, которая имеется у нас в наличии. Спросите нас, как это сделать.
- ▶ Мы предоставим копию или краткое изложение вашей медицинской информации. Как правило, мы сможем сделать это в течение 30 дней после вашего запроса. За эту услугу может взиматься небольшая плата.

### Запрос на изменение в вашей медицинской карте

- ▶ Вы можете попросить нас исправить вашу медицинскую информацию, которая, по вашему мнению, является неверной или неполной. Спросите нас, как это сделать.
- ▶ Мы имеем право отказать. В этом случае мы сообщим вам причину в письменном виде в течение 60 дней.

### Запрос на конфиденциальные сообщения

- ▶ Вы можете попросить нас поддерживать с вами связь определенным образом. То есть вы можете указать предпочитаемый вами номер телефона или адрес электронной почты, а также адрес. Вы можете попросить нас об этом в устной или письменной форме. **Наша контактная информация указана на странице 1.**
- ▶ Мы ответим положительно на все обоснованные запросы.
- ▶ Вы можете попросить нас не оставлять сообщений, когда мы звоним вам, чтобы:
  - Поприветствовать вас в качестве участника нашего плана медицинского страхования
  - Напомнить вам о назначенном приеме
  - Обсудить с вами план лечения

### Запрос на ограничение использования или передачи информации

- ▶ Вы можете попросить нас не использовать или не передавать информацию, необходимую для лечения, произведения оплаты или нашей деятельности. Вы также можете попросить нас не разглашать вашу медицинскую информацию определенным лицам. Для запроса подобных ограничений:
  - Сообщите нам об этом в письменном виде
  - Сообщите нам, какой именно информацией не следует делиться
  - Укажите лиц, которым мы не должны разглашать вашу информацию.
- ▶ Мы не обязаны отвечать положительно. И мы можем отказать, если это повлияет на ваше лечение.
- ▶ Вы можете заплатить всю сумму за услугу или товар медицинского назначения из собственного кармана. В этом случае вы можете попросить нас не разглашать эту информацию, необходимую для оплаты или организационной деятельности. Мы ответим положительно, если это разрешено законом.

### Получение списка лиц, которым мы передали информацию

- ▶ Вы можете запросить список (отчет) тех случаев за последние шесть лет, когда мы разглашали вашу медицинскую информацию. Вы можете запросить, с кем и с какой целью мы делились этой информацией.
- ▶ Мы имеем право не раскрывать некоторые сведения:
  - Лечение, оплата и деятельность плана медицинского страхования
  - Члены семьи и друзья, принимающие участие в вашем лечении
  - Для целей исправительных учреждений, правоохранительных органов или национальной безопасности
- ▶ Мы предоставим вам один отчет в год бесплатно.
- ▶ Если в течение 12 месяцев вы попросите предоставить вам дополнительный отчет, мы имеем право взимать за эту услугу небольшую плату.

### Получение копии данного уведомления о конфиденциальности

- ▶ Вы можете выбрать электронную версию этого уведомления. Вы также можете получить бумажную копию в любое время по вашему запросу.

*продолжение на следующей странице*

## Ваши права (продолжение)

**Выбор лица, которое будет действовать от вашего имени**

- ▶ Возможно, вы оформили медицинскую доверенность на кого-либо. Или указать своего законного опекуна. Это лицо может принимать решения относительно вашего здоровья и вашей медицинской информации.
- ▶ Если кто-либо попытается действовать от вашего имени, мы обязательно уточним, имеются ли у этого лица для этого законные полномочия.

**Подача жалобы в случае, если вы считаете, что ваши права были нарушены**

- ▶ Вы можете подать жалобу в государственную службу, если считаете, что мы нарушили ваши права. **Наша контактная информация указана на странице 1.**
- ▶ Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Отправьте письмо с жалобой на адрес: 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. Вы также можете позвонить по телефону 877-696-6775 или посетить веб-сайт [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). Мы не будем принимать ответные меры в случае, если вы подадите жалобу.

## Ваш выбор

**В некоторых случаях вы можете определить, какую информацию мы будем предоставлять другим лицам.** Если у вас есть конкретное предпочтение относительно наших действий, сообщите нам об этом, и мы выполним вашу просьбу.

**Вы имеете право и выбор сообщить нам о своих пожеланиях в следующих обстоятельствах:**

- ▶ Разглашение информации о вас вашим родственникам, близким друзьям и другим лицам, принимающим участие в уходе за вами
- ▶ Разглашение информации в ситуации оказания помощи при стихийных бедствиях  
*Иногда вы можете оказаться не в состоянии сообщить нам о своем выборе – например, если вы находитесь без сознания. В таких случаях мы можем действовать так, как считаем необходимым. Мы также можем передать вашу информацию другим лицам, если это требуется в целях уменьшения серьезной и неминуемой угрозы для вашего здоровья и безопасности.*

**В следующих случаях мы никогда не предоставляем другим лицам ваши данные, если вы не сообщили этом в письменном виде, что мы можем**

- ▶ Преимущественно обмен записями, сделанных во время сеансов психотерапии
- ▶ Любые состояния, не обговоренные в этом уведомлении

## Использование и раскрытие информации

**Как правило, мы используем или разглашаем информацию о вашем здоровье различными способами.**

<b>Заниматься вашим лечением</b>	Пример: С вами работает ведущий личного дела. Или мы сотрудничаем с партнерской компанией, которая помогает вам получать необходимое лечение.
<b>Работать с вашими поставщиками услуг</b>	Пример: Мы получаем информацию о вашем лечении от поставщиков услуг, фармацевтов и лечебных учреждений.
<b>Управлять нашим планом медицинского страхования</b>	Пример: Мы связываемся с вами по поводу получения медицинского обслуживания или сообщаем вам о других видах лечения. Для повышения качества предоставляемого нами обслуживания. Для оплаты поставщикам за ваше обслуживание.

**Как еще мы используем вашу информацию или предоставляем ее другим сторонам?** Мы имеем право, а иногда даже обязаны, передавать вашу информацию определенными способами. Как правило, это связано с целями общественного блага, такими как здравоохранение и научные исследования. Прежде чем передавать вашу информацию в подобных случаях, мы должны соблюсти множество юридических норм. Дополнительную информацию смотрите на веб-сайте [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

*продолжение на следующей странице*

## Использование и раскрытие информации (продолжение)

### Помощь в сфере общественного здравоохранения и обеспечении безопасности

- ▶ В некоторых случаях мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию другим сторонам для:
  - Профилактики заболеваний
  - Оказания помощи в отзыве продукта
  - Сообщения о нежелательных реакциях на лекарственные средства
  - Сообщения о предполагаемых случаях применения насилия, небрежного обращения или домашнего насилия
  - Сообщения государственным службам о возможном мошенничестве
  - Предотвращения или уменьшения серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности

### Проведение исследований

- ▶ Мы можем использовать вашу информацию или предоставлять ее другим сторонам для проведения медицинских исследований.

### Обеспечение соответствия законодательству

- ▶ Мы предоставим ваши данные, если это предписано законами штата или федеральными законами, даже если это делается исключительно для того, чтобы продемонстрировать, что мы соблюдаем закон о неприкосновенности частной жизни.

### Предоставление ответов на запросы о донорстве органов и тканей

- ▶ Мы можем предоставить вашу медицинскую информацию группам, которые занимаются донорством органов.

### Сотрудничество с медицинским экспертом и директором похоронного бюро

- ▶ В случае смерти человека мы можем предоставлять медицинскую информацию коронеру, медицинскому эксперту или директору похоронного бюро.

### Обеспечение компенсаций работникам, получившим травму на работе, исполнение законов и выполнение других государственных требований

- ▶ Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и предоставлять ее:
  - В целях требований компенсации работнику, получившему травму на работе
  - Для официальных целей правоохранительных органов
  - С органами по надзору в сфере здравоохранения в рамках закона
  - Для целей военной службы, службы национальной безопасности и служб охраны президента

### Реагирование на судебные иски и судебные разбирательства.

- ▶ Мы можем передавать медицинскую информацию о вас, если это будет предписано судом.

### Нести ответственность перед вами

- ▶ По закону мы обязаны хранить вашу защищенную медицинскую информацию в безопасности и конфиденциальности.
- ▶ Мы незамедлительно свяжемся с вами, если произойдет событие, из-за которого ваша информация перестанет быть безопасной и конфиденциальной.
- ▶ Мы обязаны выполнять обязанности и соблюдать правила обращения с личной информацией, описанные в этом уведомлении, а также предоставить вам его копию.
- ▶ Мы не будем использовать или передавать вашу информацию, за исключением случаев, указанных здесь, если вы не попросите нас об обратном в письменном виде. Если вы сообщите нам, что мы можем разглашать вашу информацию, вы можете изменить свое решение в любое время. Сообщите нам в письменном виде, если вы измените свое решение.

Дополнительную информацию смотрите на веб-сайте [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### Изменения условий этого уведомления

Мы можем внести изменения в условия этого уведомления, и эти изменения будут касаться всей информации о вас, имеющейся в нашем распоряжении. Обновленные версии уведомлений будут доступны в нашем офисе и на нашем веб-сайте: [careoregon.org](http://careoregon.org)

### ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ:

Свяжитесь с сотрудником плана CareOregon по вопросам конфиденциальности по телефону 503-416-5933 или бесплатному номеру 800-224-4840, если у вас возникли вопросы по данному уведомлению или если вы желаете получить дополнительную информацию о конфиденциальности.