

# Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации в рамках Программ медицинского обслуживания без страхования

## В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ВОЗМОЖНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСЬБА ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.

В соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата Нью-Йорк в рамках Программ медицинского обслуживания без страхования (Uninsured Care Programs) предусмотрены защита конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации (Protected Health Information) (включая медицинскую информацию, информацию для выставления счетов и информацию, которая используется для принятия решений в отношении вас) и обязательное соблюдение условий настоящего уведомления. Информация о состоянии вашего здоровья и личные данные, предоставленные Программам, являются строго конфиденциальными.

Также в рамках Программ медицинского обслуживания без страхования вам обязаны предоставлять уведомления, подобные этому, о том, как данные Программы могут использоваться или передавать (раскрывать) вашу защищенную медицинскую информацию, которая находится в их распоряжении. В случае если Программы медицинского обслуживания без страхования изменят порядок использования и предоставления вашей защищенной медицинской информации, вам будет направлено новое уведомление. Персонал Программ осведомлен о необходимости соблюдения конфиденциальности и защиты вашей частной жизни и будет раскрывать вашу личную информацию только в том случае, если это необходимо для управления Программами.

Программы медицинского обслуживания без страхования обязаны использовать и предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья:

- вам или любому лицу, наделенному законным правом на совершение действий от вашего имени (например, лицу, действующему по доверенности для принятия решений о вашем лечении, или лицу, назначенному на основании специального разрешения за вашей подписью);
- руководителю программы в области здравоохранения штата Нью-Йорк и (при необходимости) федеральной Службе по защите гражданских прав (Office of Civil Rights) для защиты вашей конфиденциальной информации;
- в отдельных случаях, предусмотренных законодательством: например, для осуществления надзора над медицинским обслуживанием.

Программы медицинского обслуживания без страхования могут использовать или предоставлять вашу защищенную медицинскую информацию с вашего разрешения, например:

- для оплаты вашего медицинского обслуживания, оказания вам услуг, рассмотрения имеющихся у вас претензий, а также для реализации Программ медицинского обслуживания без страхования;
- для оплаты, отклонения и проверки претензий касательно услуг, а также для согласования получаемых вами льгот;
- для оплаты страховых премий по медицинскому страхованию и выставления счетов другим указанным вами страховым компаниям, включая программу Medicaid;
- нашим деловым партнерам, которые оказывают нам поддержку в ходе обычной хозяйственной деятельности, например независимым аудиторам, только при условии их согласия соблюдать режим конфиденциальности в отношении вашей информации;
- для предотвращения серьезной и неминуемой угрозы здоровью или безопасности;
- для отправки вам уведомлений о появлении новых или изменении существующих льгот в рамках Программ медицинского обслуживания без страхования;
- для предоставления вам информации о новых видах лечения или для получения вашего мнения.

Информация Программ медицинского обслуживания без страхования, в отношении которой действуют требования о соблюдении конфиденциальности, включает в себя следующее:

- заявление о зачислении в Программу;
- бланк медицинского заявления, заполненный вашим поставщиком медицинских услуг;
- информация о претензии и оплате (не более 7 лет);
- медицинскую информацию, предоставленную вашим поставщиком медицинских услуг для применения лекарственных препаратов и оказания услуг, подлежащих предварительному одобрению.

**По закону вы имеете право:**

- просмотреть и получить бумажную копию настоящего уведомления, копию вашей защищенной медицинской информации, находящейся в Программах медицинского обслуживания без страхования. Если вам откажут в предоставлении медицинской информации, вы вправе подать заявление на пересмотр такого отказа;
- требовать внесения изменений в защищенную медицинскую информацию. Если Программа медицинского обслуживания без страхования отказывается удовлетворить ваш запрос (например, если информация является достоверной), вы можете приложить к своей защищенной медицинской информации заявление о несогласии с отказом;
- получить перечень лиц, уполномоченных получать вашу защищенную медицинскую информацию от Программ медицинского обслуживания без страхования. Такой перечень не относится к защищенной медицинской информации, которая была предоставлена для оплаты вашего медицинского обслуживания, медицинского страхования или реализации Программ медицинского обслуживания без страхования;
- попросить Программы медицинского обслуживания без страхования изменить порядок или адрес для рассылки вам соответствующей информации (например, отправлять материалы на абонентский ящик, а не на ваш домашний адрес);
- попросить Программы медицинского обслуживания без страхования ограничить порядок использования и предоставления вашей защищенной медицинской информации для оплаты ваших требований и реализации Программ медицинского обслуживания без страхования (обратите внимание на то, что Программы медицинского обслуживания без страхования вправе отклонить вашу просьбу);
- на получение уведомлений в случае нарушения конфиденциальности или безопасности вашей защищенной медицинской информации;
- вы имеете право на получение электронной копии своей защищенной медицинской информации, которая хранится в электронном виде. Если информация, хранящаяся в электронном виде, не может быть воспроизведена в нужном виде и формате, она будет предоставлена в ином удобочитаемом виде и формате, согласованном вами и Программами медицинского обслуживания без страхования.

В соответствии с законодательством, Программы медицинского обслуживания без страхования обязаны получить ваше письменное разрешение («разрешение») на использование или предоставление вашей защищенной медицинской информации в любых целях, не указанных в настоящем уведомлении. Вы можете вернуть (отозвать) свое письменное разрешение в любой момент путем направления соответствующего письменного уведомления.

Вы сможете осуществить свои права, позвонив в Управление по вопросам конфиденциальности по нижеуказанному номеру телефона в Олбани, и получить более подробную информацию о программе на веб-сайте [www.health.state.ny.us](http://www.health.state.ny.us). Если, по вашему мнению, Программы медицинского обслуживания без страхования нарушили ваше право на неприкосновенность частной жизни, изложенное в настоящем уведомлении, вы можете пожаловаться на действия Программ медицинского обслуживания без страхования, направив свою претензию на любой из указанных ниже адресов:

Директор по вопросам  
конфиденциальности  
Empire Station  
P.O. Box 2052  
Albany, New York 12220  
Телефон: (800) 542-2437  
Телетайп: (518) 459-0121

Отдел по защите гражданских прав  
Департамент здравоохранения и социального  
обеспечения  
Jacob Javits Federal Building  
26 Federal Plaza Suite 3312  
New York, New York 10278  
Тел.: (212) 264-3313 Факс: (212) 264-3039

Вследствие подачи вами жалобы против вас не будут совершены никакие меры, это никоим образом не может ущемить вас в правах, включая право на участие в Программах медицинского обслуживания без страхования.

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации также доступно по ссылке: [www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/hipaa.htm](http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/hipaa.htm)

**Более подробную информацию вы можете получить, связавшись с  
Программами медицинского обслуживания без страхования по номеру  
1-800-542-2437**