

## Ваша информация.

## Ваши права.

## Наши обязанности.

В настоящем уведомлении описывается то, как может быть использована и раскрыта ваша медицинская информация и как вы можете получить доступ к этой информации. **Внимательно изучите настоящее уведомление.**

### Ваши права

**У вас имеются определённые права в отношении вашей медицинской информации.** В настоящем разделе описываются ваши права и некоторые наши обязанности, связанные с оказанием вам определённой помощи.

---

#### Получение копии вашей медицинской информации и информации о страховых требованиях

- Вы можете обратиться с просьбой об ознакомлении с вашей медицинской информацией и информацией о страховых требованиях, имеющейся у нас, а также обратиться за получением копии такой информации. Для того чтобы узнать, как это осуществить, обращайтесь к нам.
- Копия или сводка медицинской информации и информации о страховых требованиях обычно предоставляется нами в течение 30 дней с момента подачи запроса. Взимаемая плата — \$0,75 (75 центов) за страницу запрошенных копий.

---

#### Обращение за внесением изменений в медицинскую информацию и информацию о страховых требованиях

- В том случае, если, по вашему мнению, в вашей медицинской информации или информации о страховых требованиях присутствуют неточности или информация не полна, Вы можете обратиться к нам с просьбой о внесении изменений в такую информацию. Для того чтобы узнать, как это осуществить, обращайтесь к нам.

- Мы можем отклонить ваш запрос, предоставив письменное обоснование в течение 60 дней.
- 

**Обращение за  
передачей информации  
конфиденциальным  
способом**

- Вы можете обратиться к нам с просьбой об осуществлении связи с вами особым способом (например, только по домашнему или только по рабочему телефону) либо о направлении писем по другому адресу.
  - Нами рассматриваются все обоснованные запросы. Мы будем обязаны утвердить ваш запрос, если вы укажете, что в противном случае вам будет угрожать опасность.
- 

*(продолжение — на следующей странице)*

## Ваши права (продолжение)

### Обращение с просьбой об ограничении объёма используемой или передаваемой информации

- Вы можете попросить нас **не** использовать или **не** раскрывать определенную медицинскую информацию в ходе лечения, совершения платежей или осуществления нашей деятельности.
- Мы имеем право отказать вам в вашем запросе, если удовлетворение запроса может негативно отразиться на предоставляемом вам уходе.

### Получение перечня лиц и организаций, которым передана информация

- Вы можете обратиться к нам с просьбой о предоставлении перечня случаев (отчёта о случаях) передачи вашей медицинской информации за шестилетний период до даты вашего запроса. В перечне будут также указаны получатель информации и основание, на котором осуществляется передача информации.
- В перечень будут включены все случаи раскрытия информации, за исключением тех, которые касаются лечения, платежей, здравоохранительной деятельности, а также за исключением некоторых иных случаев (например, случаев раскрытия информации по вашей просьбе). Один отчёт в год предоставляется бесплатно. Однако если в течение следующих 12 месяцев вами будет подан повторный запрос, то за него будет взиматься разумная плата, размер которой определяется с учётом затрат на предоставление такого отчёта.
- Для того чтобы попросить о передаче вам информации определённым конфиденциальным способом, звоните в наш Отдел обслуживания участников (Member Services) по номеру 1-800-303-9626 (телетайп — 711). Заявление о внесении изменений в такое обращение о конфиденциальной передаче информации необходимо отправлять в письменной форме по одному из адресов, указанных ниже.

### Получение экземпляра настоящего уведомления о политике конфиденциальности

- Вы можете в любое время запросить бумажную копию данного уведомления, даже если вы согласились получать этот документ в электронной форме. Экземпляр уведомления на бумажном носителе будет предоставлен вам незамедлительно. Для получения экземпляра настоящего уведомления на бумажном носителе, звоните в любое время в наш Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-303-9626 (телетайп — 711).

---

**Выбор лица, уполномоченного действовать от вашего имени**

- Если вы выдали кому-либо доверенность на право представления ваших интересов как пациента либо у вас есть законный опекун, то это лицо может осуществлять ваши права и принимать решения, касающиеся вашей медицинской информации.
- Перед совершением каких-либо действий мы проверим полномочия лица и его право действовать от вашего имени.

---

**Подача жалобы, в случае если, по вашему мнению, ваши права нарушены**

- Если, по вашему мнению, мы нарушили ваши права, вы можете подать жалобу, воспользовавшись нашей контактной информацией, указанной на стр. 1.
- Вы также можете подать жалобу в Управление гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights), написав по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, отправив электронное письмо: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov), или подав жалобу через портал OCR Complaint Portal. Дополнительная информация доступна на сайте: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.htm>. Мы не будем принимать в отношении вас каких бы то ни было мер в связи с подачей жалобы.

*(продолжение — на следующей странице)*

## **Ваши права (продолжение)**

**Вниманию бывших участников**

- По окончании вашего участия в MetroPlusHealth ваша Информация будет по-прежнему защищена, т. е. на такую информацию продолжат распространяться требования, предусмотренные нашими политиками и процедурами для действующих участников.

## **Варианты**

**В некоторых случаях вы можете выбрать то, каким образом мы передаём вашу медицинскую информацию.** Если у вас имеются предпочтения относительно того, как в описанных ниже ситуациях нами передаётся ваша медицинская информация, свяжитесь с нами. Сообщите нам, какие действия нам следует совершать, и мы будем следовать вашим инструкциям.

---

У вас есть право и возможность обратиться к нам с просьбой о следующем:

- О передаче информации членам вашей семьи, близким друзьям или другим лицам, оплачивающим оказываемую вам медицинскую помощь.
- О передаче информации при ликвидации последствий стихийных бедствий.
- *Если вы не способны сообщить нам о своих предпочтениях (например, если вы находитесь без сознания), мы можем осуществить передачу информации в том случае, если, по нашему мнению, такая передача информации — в ваших интересах. Мы также можем осуществлять передачу информации, если это необходимо для предотвращения надвигающейся серьёзной угрозы здоровью и безопасности.*

---

Мы ни при каких условиях не осуществим передачу вашей информации, не получив предварительно от вас письменного разрешения, в следующих случаях:

- В маркетинговых целях
- С целью продажи вашей информации

## Использование и раскрытие

Каким образом мы обычно используем или передаём вашу медицинскую информацию? Как правило, мы используем и передаём вашу медицинскую информацию в следующих целях.

---

**Помощь в управлении получаемой вами медицинской помощи**

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и передавать её лечащим вас медицинским работникам.
- Продукты и программы, связанные со здоровьем: MetroPlusHealth может предоставить вам информацию о вариантах лечения, программах, продуктах и услугах.

**Пример.** Врач направляет нам информацию о вашем диагнозе и плане лечения, для того чтобы мы могли организовать предоставление вам дополнительных услуг.

*(продолжение — на следующей странице)*

## Использование и раскрытие информации

Законом могут быть предусмотрены определённые ограничения в отношении предоставляемой вам информации.

- Напоминания: MetroPlusHealth может использовать и раскрывать вашу охраняемую законом медицинскую информацию (например, позвонив вам, отправив вам на телефон сообщение или отправив вам письмо), для того чтобы напомнить вам о назначенном медицинском приеме или о том, что пришло время пройти плановый осмотр или вакцинацию, или для того чтобы предоставить вам информацию о вариантах лечения («выборе») либо об иных льготах и услугах, связанных со здоровьем, которая может быть вам интересна.

---

**Управление деятельностью нашей организацией**

- Мы можем использовать и передавать вашу информацию, для того чтобы осуществлять управление нашей организацией и связываться с вами при необходимости.
- **При принятии решения относительно предоставления вам страхового покрытия и его стоимости мы не имеем права использовать генетическую информацию.** Данное ограничение не распространяется на планы управляемого долгосрочного ухода.

**Пример.** Мы используем вашу медицинскую информацию для улучшения качества вашего обслуживания. Отдел контроля качества MetroPlusHealth (Quality Management Department) может использовать вашу медицинскую информацию в целях повышения качества программ Плана, обработки данных и ведения бизнеса. К примеру, вашу медицинскую информацию могут изучать сотрудники нашего Отдела контроля качества или внештатные эксперты в целях оценки качества

---

---

медицинской помощи,  
предоставляемой вам и  
всем остальным  
участникам Плана.

---

(продолжение — на следующей странице)

## Использование и раскрытие информации

### Как ещё мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию?

Ваша медицинская информация используется и передаётся нами также и в иных случаях в силу имеющегося у нас права или обязательства (как правило, в целях повышения общественного благосостояния (охрана здоровья населения, проведение научных исследований и т. п.). Законом предусмотрено множество требований, выполнение которых обязательно при передаче вашей информации в таких целях. Дополнительная информация доступна на сайте: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

---

#### Управление вашим планом медицинского страхования

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию спонсору вашего плана медицинского страхования в целях управления планом.

***Пример.** Ваша компания подписывает с нами договор медицинского страхования, и мы предоставляем вашей компании определённые статистические данные с целью обоснования размеров страховых взносов.*

---

#### Оплата ваших медицинских услуг

Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в ходе оплаты предоставляемых вам медицинских услуг.

***Пример.** Мы передаём вашу информацию вашему плану стоматологического обслуживания для координации оплаты*

**Помощь в сфере охраны здоровья и обеспечения безопасности населения**

Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в следующих целях:

- o предотвращение заболеваний;
- o сообщение о нежелательных реакциях на лекарственные препараты;
- o сообщение о предполагаемом жестоком обращении, неосуществлении надлежащего ухода или бытовом насилии;
- o предотвращение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.

---

**Проведение исследований**

Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию в целях проведения научных исследований в области медицины.

---

**Выполнение требований закона**

Мы будем передавать вашу информацию в соответствии с требованиями федеральных законов и законов штата, что включает в себя передачу информации в Департамент здравоохранения и социального обеспечения для осуществления проверки соответствия нашей деятельности нормам федерального права, касающимся соблюдения конфиденциальности информации.

---

*(продолжение — на следующей странице)*



## Использование и раскрытие информации

<b>Ответ на запросы со стороны правоохранительных органов и других государственных ведомств, а также на запросы, касающиеся компенсаций работникам за травмы на рабочем месте</b>	Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию: <ul style="list-style-type: none"><li>о с целью предоставления компенсаций работникам;</li><li>о для исполнения требований закона или сотрудников правоохранительных органов;</li><li>о медицинским надзорным службам для осуществления законной деятельности;</li><li>о для выполнения специальных государственных задач, таких как военная деятельность, обеспечение национальной безопасности, охрана президента.</li></ul>
<b>Ответ на судебные действия и иски</b>	Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в ответ на судебный или <b>законный</b> административный приказ либо судебную повестку.
<b>Законы штата Нью-Йорк, касающиеся раскрытия определённых видов информации</b>	MetroPlusHealth обязан соблюдать требования дополнительных законов штата Нью-Йорк, предусматривающих более высокий уровень защиты персональной информации, в частности информации, связанной с наличием ВИЧ / СПИДа и соответствующим лечением, с психическим здоровьем, с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, с планированием семьи.

## Наши обязанности

- В соответствии с нормами права мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и защиту вашей охраняемой законом медицинской информации.
- Мы незамедлительно уведомим вас в случае нарушений, которые могут подвергнуть риску конфиденциальность или защиту вашей информации.
- Мы обязаны исполнять наши обязанности, описанные в настоящем уведомлении, и следовать описанному в нём порядку соблюдения конфиденциальности информации. Мы также обязаны предоставить вам экземпляр настоящего уведомления.

Мы не будем использовать или передавать вашу информацию в ситуациях, не указанных выше, без вашего письменного разрешения. Если вы предоставите нам такое разрешение, вы сможете отозвать его в любое время. Об изменении своего решения просим сообщить нам в письменной форме.

Дополнительная информация доступна на сайте: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>.

## **Изменение условий настоящего уведомления**

Мы имеем право вносить изменения в условия настоящего уведомления; при этом новые условия будут распространяться на всю вашу информацию, которой мы располагаем. Новую редакцию уведомления можно будет получить по запросу. Текст уведомления будет также размещён на нашем сайте. Мы также отправим вам по почте экземпляр уведомления.

*(продолжение — на*

*следующей странице)*

Настоящее уведомление вступает в силу ноябрь 20, 2023

## **Контактные данные:**

Если у вас возникнут какие-либо вопросы о порядке соблюдения конфиденциальности информации либо вы пожелаете подать жалобу или воспользоваться своими правами, описанными выше, обращайтесь по следующему адресу:

### **Customer Services – MetroPlus Health Plan**

**50 Water Street, 7th Floor**

**New York, NY 10004**

- **Общий телефон:** 1-800-303-9626, 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00
- **Для участников Medicare:** 1-866-986-0356, 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00
- **Телетайп:** 711

## **Как связаться с нами в анонимном порядке:**

**Горячая линия по вопросам контроля соответствия** (полностью анонимная и доступная 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году):

- Тел.: 1-888-245-7247 или
- Подать онлайн отчет можно на сайте:  
<https://metroplus.org/about-us/privacy-policies/>