



Дата вступления в силу: 16 февраля 2026 г.

MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

Веб-сайт: [www.metroplus.org](http://www.metroplus.org)

Общий телефон: 1-800-303-9626

Телетайп: 711

Эл. почта: [PrivacyOfficer@metroplus.org](mailto:PrivacyOfficer@metroplus.org)

## Ваша информация.

## Ваши права.

## Наши обязанности.

Настоящее уведомление описывает то, как может быть использована и раскрыта ваша медицинская информация, и как вы можете получить доступ к этой информации.

**Пожалуйста, внимательно его изучите.**

### 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 определенной 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.

*(продолжение — на следующей странице)*

**Дата вступления в силу: 16 февраля 2026 г.**

## Ваши права (продолжение)

---

### 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.

---

### Обращение с просьбой об ограничении объема 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.

---

*(продолжение — на следующей странице)*

---

### 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 отчет 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 учетом затрат на предоставление такого отчета.
- Чтобы попросить о передаче вам информации определенным конфиденциальным способом, звоните в наш Отдел обслуживания участников (Member Services) по номеру 1-800-303-9626 (телетайп: 711). Запросы на изменение способа конфиденциальной передачи информации необходимо отправлять в письменном виде на один 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.

*(продолжение — на следующей странице)*

## Ваши права (продолжение)

**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, позвонив по номеру 1-877-696-6775, отправив электронное письмо: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov) или подав жалобу через портал OCR Complaint Portal. Для дополнительной информации см.: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>. Мы не будем принимать в отношении вас каких бы то ни было мер в связи с подачей жалобы.

**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 выбора для вас

**В отношении определенной медицинской информации вы можете сообщить нам свои пожелания о том, какими данными мы можем делиться.** 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 серьезной угрозы здоровью и безопасности.*

(продолжение — на следующей странице)

## Варианты выбора для вас (продолжение)

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 информации

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

**Помощь в управлении получаемой вами медицинской помощью**

- 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. 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.

**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 (продолжение)

### 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.*

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

Ваша медицинская информация используется или передается нами также и в иных случаях в силу имеющегося у нас права или обязательства (как правило, в целях повышения общественного благосостояния, таких как охрана здоровья населения, проведение научных исследований и т. п.). Законом предусмотрено множество требований, выполнение которых обязательно при передаче вашей информации в таких целях. Для получения дополнительной информации см.:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

*(продолжение — на следующей странице)*

## Использование и раскрытие информации (продолжение)

<b>Управление вашим планом медицинского страхования</b>	Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию спонсору вашего плана медицинского страхования в целях управления планом.	<i><b>Пример.</b> Ваша компания подписывает с нами договор медицинского страхования, и мы предоставляем вашей компании определённые статистические данные с целью обоснования размеров страховых взносов.</i>
<b>Оплата ваших медицинских услуг</b>	Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в ходе оплаты предоставляемых вам медицинских услуг.	<i><b>Пример.</b> Мы передаем вашу информацию вашему плану стоматологического обслуживания для координации оплаты оказанных вам стоматологических услуг.</i>
<b>Обеспечение качества и рационального оказания услуг</b>	<p>MetroPlusHealth пользуется системами обмена медицинскими данными (health information exchange, HIE), функционирование которых обеспечивается организацией Healthix и региональной организацией информирования в сфере здравоохранения Бронкса Bronx Regional Health Information Organization (Bronx RHIO). Обе HIE относятся к информационной сети в сфере здравоохранения штата Нью-Йорк (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY).</p> <p>Healthix — это некоммерческая организация, предоставляющая большое количество медицинской информации в электронной форме. Bronx RHIO — это система обмена клиническими данными, учрежденная ведущими организациями здравоохранения округа.</p> <p>Деятельность HIE осуществляется с соблюдением требований, связанных с обеспечением конфиденциальности и защиты информации, предусмотренных законом «О преемственности и подотчетности медицинского страхования» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) и нормами права штата Нью-Йорк.</p> <p>Информация, касающаяся участников, передается в систему Healthix и Bronx RHIO при оказании медицинской помощи, а также при работе со страховыми требованиями. Среди таких источников данных — больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, страховые организации, программа Medicaid и иные организации, осуществляющие обмен медицинской информацией в электронной форме. Текущий перечень таких источников данных можно получить в организациях Healthix и Bronx RHIO.</p>	

*(продолжение — на следующей странице)*

## Использование и раскрытие информации (продолжение)

Настоящим мы, MetroPlusHealth, уведомляем своих участников о том, что в рамках участия в HIE MetroPlusHealth может передавать охраняемую законом медицинскую информацию, касающуюся участников, этим HIE в электронном виде. Кроме того, отдельный персонал MetroPlusHealth обладает полномочиями, позволяющими ему осуществлять доступ к информации, касающейся участников, посредством систем Healthix и Bronx RHIO (при условии получения соответствующего разрешения).

Разрешение на доступ в системы Healthix и Bronx RHIO, как правило, предоставляется каждой организации отдельно. Участники имеют возможность запрета доступа к информации, содержащейся в системах Healthix и Bronx RHIO, всем организациям, пользующимся данными системами.

Сделать это можно, посетив

- веб-сайт Healthix [www.healthix.org](http://www.healthix.org) или позвонив в Healthix по номеру 877-695-4749;
- веб-сайт Bronx RHIO <https://bronxrhio.org/> или позвонив в Bronx RHIO по номеру 718-696-0450.

---

<b>Помощь в сфере охраны здоровья и обеспечения безопасности населения</b>	<p>Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в следующих целях:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ предотвращение заболеваний;</li><li>○ сообщение о нежелательных реакциях на лекарственные препараты;</li><li>○ сообщение о предполагаемом жестоком обращении, неосуществлении надлежащего ухода или бытовом насилии;</li><li>○ предотвращение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.</li></ul>
--	--

---

<b>Проведение исследований</b>	<p>Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию в целях проведения научных исследований в области медицины.</p>
--------------------------------	---

---

<b>Выполнение требований закона</b>	<p>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.</p>
-------------------------------------	--

---

*(продолжение — на следующей странице)*

## Использование и раскрытие информации (продолжение)

<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>	<p>Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию:</p> <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>	<p>Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в ответ на судебный или <b>законный</b> административный приказ либо судебную повестку.</p>
--	--

**Специальное правило в отношении медицинских карт пациентов с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (часть 2 раздела 42 свода федеральных нормативных актов США (Code of Federal Regulations, CFR)).** Если у нас в соответствии с частью 2 раздела 42 CFR на хранении находится ваша медицинская карта пациента с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, мы не будем передавать эту информацию для проведения расследований или судебных разбирательств в отношении вас без (1) вашего письменного согласия или (2) постановления суда, отвечающего требованиям части 2 раздела 42 CFR, и судебной повестки.

<b>Законы штата Нью-Йорк, касающиеся раскрытия определённых видов информации</b>	<p>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.</p>
--	--

*(продолжение — на следующей странице)*

## 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.

Для дополнительной информации см.: <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 размещен на нашем сайте. Мы также отправим вам по почте экземпляр уведомления.

Настоящее уведомление вступает в силу с 16 февраля 2026 г.

### 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, свяжитесь с нами по следующим контактам.

**Служба поддержки клиентов — план медицинского страхования MetroPlus Health**  
**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 веб-сайте:  
<https://metroplus.org/about-us/privacy-policies/>