

Уведомление о порядке использования личной информации в соответствии с Законом об охране и ответственности за информацию, полученную в результате медицинского страхования (HIPAA)

Первоначальная редакция данного уведомления вступила в силу 14 апреля 2003 г. Дата последнего пересмотра указана в нижнем колонтитуле данного уведомления.

Внимательно прочитайте данное уведомление. В нем разъясняется:

- **кто может получить доступ к защищенной информации о вашем здоровье (protected health information, PHI);**
- **в каких случаях мы должны спрашивать у вас разрешения, прежде чем раскрыть вашу PHI;**
- **в каких случаях мы можем раскрывать вашу PHI без вашего разрешения;**
- **ваше право знакомиться с вашей PHI и вносить в нее изменения.**

Ваша медицинская и финансовая информация является конфиденциальной. Закон требует от нас обеспечивать безопасное хранение и конфиденциальность PHI. Это означает, что мы обеспечиваем конфиденциальность вашей информации вне зависимости от того, являетесь ли вы участником в настоящее время.

После того как вы станете участником нашего плана медицинского страхования, мы получим информацию о вас от ведомств штата, управляющих программой Medicaid и Children's Health Insurance Program. Сведения о вас мы получаем также от ваших врачей, из клиник, в которых вы лечитесь, лабораторий и больниц; это нужно для того, чтобы мы могли утверждать и оплачивать ваше лечение.

Федеральные законы требуют, чтобы мы информировали вас о том, какие меры закон обязывает нас принимать для обеспечения безопасности PHI, полученной нами устно или письменно либо хранимой в электронном формате. Кроме того, мы обязаны сообщить вам о том, какие меры мы принимаем для обеспечения безопасности вашей защищенной информации о здоровье. Для обеспечения безопасности PHI:

- Хранимой в бумажном виде (печатные копии), мы:
 - запираем кабинеты и храним дела в закрытых шкафах;
 - уничтожаем бумажные документы с информацией о здоровье, чтобы они не попали в чужие руки.
- Хранимой в электронном формате (электронные файлы), мы:
 - защищаем документы паролями, известными только уполномоченным

- лицам;
- используем специальные программы контроля доступа к нашим компьютерным системам.
- Использованной или переданной лицам, которые на нас работают, врачам или государственным органам, мы:
 - составляем правила (называемые политиками и процедурами), защищающие конфиденциальность информации;
 - обучаем своих сотрудников соблюдать эти правила.

В каких случаях мы можем использовать и раскрывать вашу PHI

Мы можем раскрыть PHI членам вашей семьи или выбранному вами лицу, которое помогает вам в лечении или оплате счетов, если вы дадите нам на это разрешение. В некоторых случаях мы можем использовать и раскрывать защищенную информацию о вашем здоровье **без** вашего разрешения:

- **Если это нужно для оказания вам медицинской помощи**
 - Если информация нужна врачам, больницам и другим организациям, чтобы оказывать вам необходимую помощь.
- **Для оплаты услуг, управления работой плана и лечения**
 - Мы делимся информацией с докторами, больницами и др. — со всеми, кто выставляет нам счета за ваше обслуживание.
 - Когда мы подтверждаем, что оплатим медицинское обслуживание или услуги до того, как вы их получите (это называется предварительным разрешением или предварительным одобрением).
 - Чтобы найти возможности улучшить наши программы, а также поддержать вас и помочь вам получить доступные льготы и услуги. Мы можем получить вашу PHI из открытых источников, а также можем предоставить PHI в целях обмена медицинской информацией для осуществления оплаты, проведения медицинских операций и лечения. Если вы не хотите, чтобы мы передавали вашу информацию, посетите empireblue.com/ny для получения дополнительной информации.
- **Для управления работой нашего плана медицинского страхования**
 - Для проведения проверок, ревизий, программ по недопущению мошенничества и злоупотреблений, планирования и повседневной деятельности.
 - Для улучшения работы наших программ.
- **Для целей защиты общественного здоровья**
 - Если она нужна государственным органам здравоохранения для профилактики болезней и травм.
- **Если защищенная информация о вашем здоровье нужна лицам, которые помогают вам получать медицинскую помощь или оплачивают ее за вас**

- Это могут быть члены вашей семьи или какой-либо человек, которого вы выбрали для того, чтобы он помог вам получать медицинскую помощь или оплачивал ее за вас, при условии, что вы дали нам разрешение на передачу вашей информации.
- Это может быть человек, который помогает вам получать медицинскую помощь или оплачивает ее за вас, если вы не в состоянии выразить свои пожелания самостоятельно и передача информации этому лицу в ваших интересах.

Если мы собираемся использовать или раскрыть PHI в любых других целях, кроме вашего лечения, его оплаты, осуществления повседневной деятельности, проведения исследований и других задач, перечисленных ниже, мы должны вначале получить от вас письменное разрешение. Мы должны получать ваше письменное разрешение, прежде чем передавать кому-либо записи, сделанные о вас психотерапевтом.

Вы можете сообщить нам в письменной форме о том, что отзываете свое письменное разрешение. Мы не можем отозвать защищенную информацию о вашем здоровье, которую уже использовали или раскрыли в то время, когда у нас еще было ваше разрешение на это. Однако мы перестанем использовать и раскрывать вашу PHI в будущем.

Как еще мы можем — или должны по закону — использовать PHI:

- если информация нужна полиции или другим правоохранительным органам;
- для того чтобы сообщить о случае жестокого обращения или пренебрежения нуждами;
- по требованию суда;
- в ответ на официальный юридический запрос;
- если информация нужна надзорным органам сферы здравоохранения, например для проведения ревизии или проверки;
- для оказания помощи коронерам, судебно-медицинским экспертам, следователям и директорам похоронных бюро в установлении личности или причины смерти;
- если вы завещали части своего тела на благо науки;
- для исследований;
- для профилактики серьезных заболеваний или травм у вас или других людей;
- для оказания содействия сотрудникам государственных учреждений, выполняющим определенные функции;
- для предоставления информации в службу страхования от несчастных случаев

на рабочем месте в случае заболевания или получения вами травмы при исполнении служебных обязанностей.

Ваши права

- Вы можете попросить нас предоставить вам доступ к РНІ и получить копии таких сведений. Мы должны будем выполнить вашу просьбу в течение 30 дней. Если нам понадобится больше времени, мы сообщим вам об этом. Просим иметь в виду, что мы не располагаем всей вашей медицинской информацией.
Если вам нужна копия всех ваших медицинских записей, обратитесь к своему врачу или в клинику, в которой вы лечитесь.
- Вы можете попросить нас внести изменения в имеющиеся у нас медицинские записи, если вы считаете, что какая-то информация в них неверна или отсутствует. Мы должны будем выполнить вашу просьбу в течение 60 дней. Если нам понадобится больше времени, мы сообщим вам об этом.
- В некоторых случаях вы можете попросить нас не раскрывать РНІ. Однако мы не обязаны удовлетворить вашу просьбу.
- Вы можете попросить нас отправлять РНІ по адресу, который отличается от того, который у нас есть, или сообщить ее вам другим способом. Мы выполним такую просьбу, если отправка такой информации по имеющемуся у нас адресу может подвергнуть вас опасности.
- Вы можете попросить нас сообщить вам обо всех случаях раскрытия кому-либо РНІ за последние шесть лет. Эти случаи не включают ситуации, когда мы раскрываем РНІ для оказания вам медицинской помощи или ее оплаты, для осуществления повседневной деятельности по уходу, а также в некоторых других случаях, которые здесь не перечислены. Мы должны будем выполнить вашу просьбу в течение 60 дней. Если нам понадобится больше времени, мы сообщим вам об этом.
- Вы можете в любое время попросить нас прислать бумажный экземпляр данного уведомления, даже если вы уже попросили отправить его вам по электронной почте.
- Если вы полностью оплатили счет за оказанную вам услугу, вы можете попросить врача не передавать нам информацию об этой услуге.

Что мы обязаны делать

- Закон требует, чтобы мы обеспечивали конфиденциальность РНІ, за исключением случаев, перечисленных в данном уведомлении.
- Мы должны сообщать вам о том, какие меры закон обязывает нас принимать для обеспечения конфиденциальности вашей информации.
- Мы должны выполнять все, о чем говорится в данном уведомлении.
- Если вы просите присылать РНІ на другой адрес или другим способом и для

этого имеются серьезные основания (например, вы находитесь в опасности), мы обязаны выполнить вашу просьбу.

- Мы должны сообщить вам, если нам необходимо раскрыть PHI, хотя вы просили нас этого не делать.
- Если законы штата требуют от нас большего, чем описано в данном уведомлении, мы должны соблюдать требования этих законов.
- Мы должны сообщать вам о случаях несанкционированного доступа к PHI.

Как мы можем связываться с вами

Мы, а также наши аффилированные компании и (или) врачи услуг, можем звонить вам или отправлять вам текстовые сообщения с использованием системы автоматического набора телефонных номеров и (или) синтезатора речи. Мы делаем это только в соответствии с Законом о защите потребителей от телефонного маркетинга (Telephone Consumer Protection Act, ТСПА). Вам могут звонить для того, чтобы проинформировать о вариантах лечения или других льготах и услугах, связанных с охраной здоровья. Если вы не желаете, чтобы вам звонили по телефону, просто сообщите об этом звонящему, и мы больше не будем связываться с вами этим способом. Вы также можете позвонить по телефону 844-203-3796 (TTY 711) и попросить внести ваш номер в наш список номеров, которые исключены из обзвона (Do Not Call list).

Что делать, если у вас есть вопросы

Если у вас есть вопросы касательно нашей политики конфиденциальности или хотите воспользоваться своими правами, позвоните в Отдел обслуживания участников по бесплатному номеру, указанному на ID-карте участника Empire.

Что делать, если вы хотите подать жалобу

Мы всегда готовы вам помочь. Если вы считаете, что безопасность вашей PHI не была обеспечена, вы можете обратиться в отдел обслуживания участников или в Department of Health and Human Services. Если вы подадите жалобу, это не будет иметь для вас никаких неблагоприятных последствий.

Пишите или звоните в Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza, Suite 3312
New York, NY 10278
Phone: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697
Fax: 212-264-3039

Мы оставляем за собой право вносить изменения в данное уведомление, требуемое Законом об охране и ответственности за информацию, полученную в результате медицинского страхования (HIPAA), а также в способы, используемые нами для обеспечения безопасности защищенной информации о вашем здоровье. В случае таких изменений мы сообщим вам о них письмом. Мы также разместим эту информацию на веб-сайте empireblue.com/ny.

Раса, этническое происхождение и язык

Мы получаем информацию о вашей расе, этническом происхождении и языке от ведомства штата, управляющего программой Medicaid и Children's Health Insurance Program. Мы защищаем эту информацию, как описано в данном уведомлении.

Мы используем эту информацию для того, чтобы:

- убедиться, что вы получаете всю необходимую вам помощь;
- разрабатывать программы, направленные на улучшение здоровья и результатов лечения;
- составлять и распространять информацию о поддержании здоровья;
- уведомлять врачей о ваших языковых потребностях;
- предоставлять услуги по устному и письменному переводу.

Мы **не** используем эту информацию:

- при принятии решений о зачислении в планы медицинского страхования;
- при принятии решений о том, сколько взимать за услуги;
- при определении льгот;
- для передачи неутвержденным пользователям.

Ваша персональная информация

Как указывается в данном уведомлении, мы можем собирать, использовать и передавать персональную информацию (personal information, PI). Ваша PI не является общедоступной и содержит сведения о вас. Часто такую информацию используют для целей страхования.

- Мы можем использовать вашу PI при принятии решений касательно:
 - здоровья;
 - ваших привычек;
 - ваших увлечений.
- Мы можем получать вашу PI от других лиц или организаций, таких как:
 - врачи;
 - больницы;

- другие страховые компании.
- В определенных случаях мы можем раскрывать вашу PI лицам или организациям вне нашей компании без вашего разрешения.
- Прежде чем мы что-либо предпримем, мы сообщим вам, как вы можете запретить такую передачу.
- Мы сообщим вам, каким образом вы можете поставить нас в известность о том, что не хотите, чтобы ваша PI использовалась или раскрывалась.
- У вас есть право просматривать свою PI и вносить в нее изменения.
- Мы гарантируем безопасность и конфиденциальность вашей PI.

Приложения: Получить помощь на другом языке
Уведомление о недопущении дискриминации HHS

[empireblue.com/ny](https://www.empireblue.com/ny)

Услуги предоставляются HealthPlus HP, LLC, лицензиатом компании Blue Cross Blue Shield Association, ассоциации независимых планов Blue Cross и Blue Shield.

Пересмотрено в марте 2021 г.