

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ ПОРЯДОК РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ СПОСОБЫ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРЫХ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЬ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ.

Уважаемый участник/пациент!

Информация о вашем здоровье и финансах является конфиденциальной. Эта информация называется защищенной информацией о состоянии здоровья (protected health information [PHI]). Согласно законодательству мы обязаны обеспечить безопасное хранение информации участников программы и пациентов. Это означает, что если вы являетесь участником нашей программы или пациентом либо были ими ранее, ваша информация в безопасности.

Позвольте вам помочь, если у вас есть вопросы касательно этого уведомления или ваших прав на конфиденциальность.

С уважением,

Отдел по вопросам конфиденциальности
(562) 677-2402

Что такое защищенная информация о состоянии здоровья (PHI)

PHI — это информация, которая может идентифицировать вас и касается вашего физического или психического здоровья. Эта информация может касаться вашего состояния в прошлом, сейчас или в будущем. Мы можем получать вашу PHI от других людей или организаций. К ним могут относиться врачи, больницы или другие медицинские планы или страховые компании.

Когда нам не понадобится ваше согласие

Иногда мы можем использовать и предоставлять вашу PHI без вашего согласия. Некоторые примеры того, как мы можем использовать или передавать вашу PHI:

Для вашего медицинского обслуживания («лечение»):

- Для предоставления вам необходимой помощи, лекарственных препаратов и услуг.
- Для помощи врачам, больницам и другим лицам в оказании вам необходимой помощи.

Для оплаты вашего медицинского обслуживания («оплата»):

- Для предоставления информации врачам, больницам и другим лицам и организациям, которые выставляют нам счета за ваше обслуживание.
- Чтобы получить оплату за медицинскую помощь, которую вы получаете от нас.

По причинам, связанным с медицинским обслуживанием («процедуры по оказанию медицинской помощи»):

- Для поиска способов усовершенствования наших программ.
- Для помощи при проверках и в программах по предотвращению фальсификаций и злоупотреблений.
- Для помощи в повседневной работе.

Существуют другие причины, по которым мы можем или должны в соответствии с законодательством использовать или передавать вашу PHI:

- для помощи полиции и другим лицам, которые обеспечивают соблюдение законодательства;
- для помощи работникам органов здравоохранения или FDA в предотвращении распространения заболевания или нанесения вреда населению;
- для уведомления о жестоком обращении и невыполнении обязанностей;
- для оказания помощи суду при наличии соответствующего запроса;
- для дачи ответа по юридическим документам;
- для предоставления информации службам по надзору в области здравоохранения при проведении аудитов или проверок;
- для предоставления информации правительственным программам, занимающимся обеспечением общественных интересов при зачислении или выяснении того, имеете ли вы право на участие в программе;
- для оказания помощи коронерам, судмедэкспертам или распорядителям похорон в идентификации вашей личности и установления причины смерти;
- чтобы помочь в случаях, если вы попросили использовать ваши органы в научных целях;

- для исследований;
- чтобы не позволить вам или другим лицам заболеть или сильно пострадать;
- для предоставления информации в вашу школу, чтобы доказать, когда это необходимо в соответствии с законодательством, что вы были иммунизированы;
- чтобы помогать работающим в государственных организациях людям выполнять определенную работу;
- чтобы предоставлять информацию для выплат компенсации в случае получения производственных заболеваний или травм;
- когда это требуется в соответствии с законодательством.

Когда нам понадобится ваше согласие

В большинстве случаев мы должны получить от вас письменное разрешение, прежде чем сможем использовать или предоставлять PHI для каких-либо целей, кроме медицинского обслуживания, оплаты, повседневной деятельности, исследований или других вещей, не указанных ниже. Мы обязуемся получить ваше письменное согласие, прежде чем сможем предоставить кому-либо сделанные вашим врачом записи о вашем психическом состоянии. Мы также получим ваше письменное согласие, прежде чем будем предоставлять за плату вашу PHI, либо использовать или распространять ее в рекламных целях.

Вы имеете возможность в письменной форме уведомить нас о том, что вы больше не желаете, чтобы мы распространяли вашу PHI. Мы не можем вернуть информацию, использованную или предоставленную тогда, когда у нас было ваше согласие. Но после вашего уведомления мы прекратим использование и предоставление сведений о состоянии вашего здоровья (PHI).

Мы можем раскрыть сведения о состоянии вашего здоровья вашей семье или выбранному вами лицу, которое помогает вам в лечении или оплате счетов, если вы дадите нам на это разрешение.

Что мы обязаны делать?

Мы обязаны сообщить вам требования законодательства и наши обязанности в отношении обеспечения конфиденциальности данных. Если по законодательству штата мы должны делать больше того, что указано в этом уведомлении, мы будем следовать требованиям этих нормативов.

Мы должны сохранять конфиденциальность PHI, за исключением случаев, указанных в этом уведомлении. В этом уведомлении указано, кто может видеть вашу PHI. В нем говорится о том, когда мы должны спрашивать у вас разрешение на ее разглашение. А также о случаях, когда нам не требуется ваше разрешение. Кроме этого, в нем указаны ваши права на просмотр и изучение сведений. Мы обязаны соблюдать наши обязательства, которые указаны в этом уведомлении.

Мы можем вносить изменения в настоящее уведомление и методы обеспечения безопасности вашей PHI. Если мы вносим изменения, мы сообщим вам об этом. Мы можем сообщить вам об изменениях посредством информационного бюллетеня. Мы также можем выслать вам новое уведомление. Новые изменения будут применяться к любой вашей PHI, которая у нас уже есть. Кроме того, изменения будут применяться к любой вашей PHI, которую мы можем получить в будущем.

Каким образом мы защищаем вашу PHI

Чтобы защитить PHI, мы ограничиваем доступ к нашим офисным помещениям и файлам. Мы

также уничтожаем печатные документы с медицинской информацией, чтобы она не могла попасть к посторонним.

Мы используем пароли для предоставления доступа к нашим компьютерам только уполномоченным лицам. Кроме того, мы используем специальные программы для защиты наших систем.

Мы устанавливаем правила обеспечения безопасности вашей информации. Наши сотрудники обучены следовать этим правилам при использовании или распространении вашей PHI. Если мы полагаем, что безопасность вашей PHI была нарушена, мы сообщим вам об этом.

Мы можем связаться с вами

Мы можем использовать вашу PHI, чтобы вы узнали о других доступных вам льготах. Мы также можем сообщить вам о лечебно-оздоровительных продуктах или услугах, которые могут быть вам полезны. Мы будем ограничивать использование этой информации.

Мы вместе с нашими дочерними или ассоциированными предприятиями и (или) подрядчиками можем звонить или отправлять сообщения на любые номера телефонов, которые вы нам предоставляете, включая номер мобильного телефона. Мы можем делать это, используя систему автоматического телефонного набора и (или) предварительно записанное сообщение. Такие звонки или сообщения могут касаться вариантов лечения, других околomedicalных услуг, регистрации, оплаты или выставления счетов.

Каковы ваши права?

Вы можете попросить нас не передавать вашу PHI другим. Отправьте письменный запрос в Отдел по вопросам конфиденциальности. Если

распространение вашей PHI требуется в соответствии с законодательством или необходимо в рамках нашей повседневной деятельности, мы не сможем удовлетворить ваш запрос.

При полной самостоятельной оплате услуги вы можете попросить вашего врача не предоставлять вашему плану медицинского обслуживания информацию об этой услуге.

Вы можете попросить нас отправить PHI по другому адресу, отличному от указанного у нас, или использовать иной способ ее передачи. Мы можем это сделать, если отправка документов по имеющемуся у нас адресу может создать для вас опасность. Отправьте письменный запрос в Отдел по вопросам конфиденциальности.

Вы имеете право попросить показать вам вашу PHI и сделать ее копию. Чтобы скопировать или проверить свою PHI, вы должны отправить письменный запрос в Отдел по вопросам конфиденциальности. Мы сообщим вам о наличии издержек по вашему запросу. В соответствии с законодательством существуют некоторые части вашей информации, которые вы не сможете увидеть.

Вы можете попросить нас внести изменения в ваши медицинские данные, если думаете, что в них есть ошибка или что-то упущено. Чтобы внести изменение, вы должны отправить письменный запрос в Отдел по вопросам конфиденциальности. Вы должны указать причину, по которой вы считаете, что ваша запись должна быть изменена. В некоторых случаях мы можем отказать по вашему запросу.

Вы можете попросить предоставить отчет о раскрытии вашей PHI за последние шесть лет.

В отчете не будут отражены случаи, когда информация передавалась для медицинского обслуживания, оплаты, повседневной деятельности медицинских учреждений и по некоторым другим, не указанным здесь причинам.

Вы можете в любое время запросить бумажную копию этого уведомления, даже если вы уже запросили его по электронной почте.

Вы можете получить формы для подачи письменных запросов в нашем Отделе по вопросам конфиденциальности:

Отдел по вопросам конфиденциальности
12900 Park Plaza Dr., Suite 150
Mail Stop MSCA4600-6170
Cerritos, CA 90703

Или по телефону:
(562) 677-2402

Другие важные права и информация

Мы не можем использовать и раскрывать вашу генетическую информацию:

- для выдачи медицинской страховки;
- для определения стоимости услуг;
- для определения льгот и услуг.

Мы можем получать информацию о вашей расовой, этнической принадлежности и о языке, на котором вы общаетесь. Мы обеспечиваем защиту этой информации, как описано в этом уведомлении.

Мы можем использовать информацию о вашей расовой, этнической принадлежности и о языке, на котором вы общаетесь:

- для того, чтобы вы могли получить необходимое вам обслуживание;
- для создания программ по улучшению результатов лечения;

MMPNOPPAUG2017_RU
H6229_18_32887_I_RU

- для разработки и отправки информации и советов о здоровом образе жизни;
- чтобы сообщить медицинским работникам, предоставляющим вам помощь, о необходимости перевода;
- для предоставления вам услуг переводчика.

Мы не используем эту информацию:

- для выдачи медицинской страховки;
- для определения стоимости услуг;
- для определения льгот и услуг;
- для раскрытия незарегистрированным пользователям.

Если вы несовершеннолетний(-ая), и вы соглашаетесь, чтобы ваш врач осуществлял ваше лечение, вы можете обратиться в Отдел по вопросам конфиденциальности, если желаете ограничить доступ к вашим данным или ограничить их распространение.

Льготы при реконструкции молочной железы

Льготы, покрываемые планом медицинского страхования, соответствуют Закону об охране здоровья и прав женщин, страдающих раковыми заболеваниями (Women's Health and Cancer Rights Act), от 1998 г. Если вам когда-либо понадобится мастэктомия, покрываемая планом страхования, мы надеемся, что знание того, что мы соблюдаем требования этого Закона, придаст вам некоторое душевное спокойствие. Закон гарантирует:

- реконструкцию молочной железы(желез), которая(-ые) подверглась(-лись) покрываемой планом мастэктомии;
- операцию и реконструкцию другой молочной железы для обеспечения внешней симметрии и визуальной гармонии обеих молочных желез;
- протезирование и покрытие лечения физических проблем, связанных со всеми этапами покрываемой мастэктомии, включая лимфатический отек.

Будут применяться все соответствующие условия страховых выплат, включая любые собственные расходы, такие как вычитаемые франшизы или дополнительная плата. Чтобы получить помощь, позвоните в Отдел обслуживания участников по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты.

Чтобы получить более подробную информацию о Законе об охране здоровья и прав женщин, страдающих раковыми заболеваниями, вы можете зайти на веб-сайт Министерства труда по адресу: dol.gov/ebsa/publications/whcra.html.

Жалобы

Мы всегда готовы прийти на помощь. Если вы считаете, что безопасность вашей PHI не была обеспечена, вы можете позвонить в Отдел обслуживания участников по номеру телефона, указанному в вашей идентификационной карте. Вы также можете позвонить в Отдел по вопросам конфиденциальности или Управление по вопросам здравоохранения и социальных служб. Если вы подадите жалобу, ничего плохого не случится.

Отдел централизованного управления
Управление по вопросам здравоохранения и социальных служб США
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201
По телефону: (800) 368-1019
Эл. почта: OCRComplaint@hhs.gov

Дата вступления в действие

Положения данного уведомления действуют с 31 декабря 2017 года.

Контактная информация

Если у вас есть вопросы, или вы хотите получить дополнительную информацию о

MMPNOPPAUG2017_RU
H6229_18_32887_I_RU

методиках соблюдения конфиденциальности, вы можете позвонить или написать в наш Отдел по вопросам конфиденциальности:

Отдел по вопросам конфиденциальности
12900 Park Plaza Dr., Suite 150
Mail Stop MSCA4600-6170
Cerritos, CA 90703
(562) 677-2402

Важно, чтобы мы относились к вам справедливо

Именно поэтому мы соблюдаем федеральные гражданские законы в своих медицинских программах и мероприятиях. Мы не подвергаем дискриминации, не исключаем людей из плана и не относимся к ним предвзято на основании их расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или ограниченных возможностей. Мы предлагаем помощь и обслуживание людям с ограниченными возможностями. Для людей, чей основной язык общения отличается от английского, мы предлагаем бесплатные услуги языковой поддержки. Мы предлагаем услуги переводчиков и переведенные материалы. Чтобы получить информацию о предоставлении этих услуг, позвоните в Отдел обслуживания участников. Позвоните по номеру, указанному на вашей идентификационной карте (TTY/TDD: 711). Если вы считаете, что мы не смогли предоставить эти услуги или подвергли вас дискриминации на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола, вы можете подать жалобу. Это также называется «подача жалобы». Вы можете подать жалобу нашему координатору по вопросам жалоб в письменном виде по адресу: Compliance Coordinator, 12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop 6150 Cerritos, CA 90703-9329. Или вы можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Отдел по

гражданским правам Управления по вопросам здравоохранения и социальных служб США. Вы можете подать ее по адресу: 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201. Вы также можете связаться с ними по телефону 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) или онлайн по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Формы подачи жалоб доступны по адресу <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

It's important we treat you fairly

That's why we follow Federal civil rights laws in our health programs and activities. We don't discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn't English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call Customer Service for help 1-888-350-3447 (TTY: 711).

If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Compliance Coordinator in writing to Compliance Coordinator, 12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop 6150 Cerritos, CA 90703-9329. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/translated-resources>

Get help in your language

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the Customer Service 1-888-350-3447 (TTY: 711).

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-350-3447 (TTY: 711), Monday through Friday from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. The call is free.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-350-3447 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Esta llamada es gratuita.

Spanish

如果您講中文，將可提供您免費的語言協助服務。請致電 1-888-350-3447 (TTY: 711)，週一至週五上午 8 點至下午 8 點。此為免費電話。

Chinese

Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có thể cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số 1-888-350-3447 (TTY: 711), thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí.

Vietnamese

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-350-3447 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

Tagalog

한국어를 사용하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-350-3447 (TTY: 711) 월요일부터 금요일까지 오전 8 시에서 오후 8 시 사이에 통화 가능합니다. 통화는 무료입니다.

Korean

Եթե ՚հուր խոսում եք հայերեն, սպաս լեզվական աջակցություն ծառայություններն անվճար մատչելի են Ձեզ: Զանգահարեք՝ 1-888-350-3447 (TTY: 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ 08:00-20:00: Այս զանգն անվճար է:

Armenian

اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، خدمات زبانی بصورت رایگان به شما ارائه می شود. با شماره 1-888-350-3447 (TTY: 711) تماس بگیرید. از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب. این تماس رایگان است.

Persian (Farsi)

Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по тел. 1-888-350-3447 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

Russian

日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。月曜日から金曜日の午前8時から午後8時まで 1-888-350-3447 (TTY: 711)へ、お電話にてご連絡ください。通話料は無料です。

Japanese

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، ستكون خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجانًا. اتصل على الرقم 1-888-350-3447 (TTY: 711) من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا وحتى الساعة 8:00 مساءً. تكون المكالمات مجانية.

Arabic

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-350-3447 (TTY: 711) ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

Punjabi

បើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-350-3447 (TTY: 711) ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 យប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

Cambodian

Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-888-350-3447 (TTY: 711), Txij hnuv Monday txog hnuv Friday thaum 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntu. Tus xov tooj no yog hu dawb xwb.

Hmong

यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सोमवार से शुक्रवार सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 तक, 1-888-350-3447 (TTY: 711) पर कॉल करें। यह कॉल मुफ्त है।

Hindi

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-350-3447 (TTY: 711), วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8:00 a.m. ถึง 8:00 p.m. โดยที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

Thai

ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການແປພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-888-350-3447 (TTY: 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ. ການໂທແມ່ນພຣີ.

Laotian