

## INFORMATIVA SULLA PRIVACY

### **IL PRESENTE DOCUMENTO DESCRIVE I POSSIBILI USI E METODI DI DIVULGAZIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE E ILLUSTRÀ LE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE STESSE. LO LEGGA ATTENTAMENTE.**

**Il programma New York Medicaid deve comunicarle come saranno utilizzate, condivise e protette le informazioni sanitarie che La riguardano. Il programma comprende la parte Medicaid consueta e la parte relativa alle cure gestite Medicaid. È amministrato dal Dipartimento della salute dello Stato di New York (New York State Department of Health) e dai dipartimenti locali dei servizi sociali (Local Departments of Social Services).**

#### **Le Sue informazioni sanitarie sono riservate.**

Siamo tenuti a mantenere riservate queste informazioni, a condividerle solo quando è necessario e a seguire le procedure di riservatezza delineate nella presente informativa. È nostro dovere mettere in atto ogni misura particolare per tutelare i nomi di quanti ricevono prestazioni riguardanti l'HIV/AIDS o l'abuso di sostanze e alcol.

#### **Quali informazioni sanitarie possiede il programma New York Medicaid?**

Al momento della presentazione della domanda per Medicaid potrebbe averci fornito informazioni sul Suo stato di salute. Riceviamo informazioni sul Suo stato di salute e sui trattamenti e i farmaci che riceve anche quando medici, ambulatori, ospedali, piani di cure gestite ed altri operatori sanitari inviano le richieste di pagamento.

#### **In che modo il programma New York Medicaid utilizza e condivide le informazioni sanitarie?**

Siamo tenuti a condividere informazioni sanitarie quando:

- **Lei o un Suo rappresentante le richiede.**
- **Le richiedono le agenzie governative nelle modalità consentite dalla legge, ad esempio in caso di verifica.**
- **La legge ci impone di condividerle.**

Nella domanda di iscrizione a Medicaid, Lei ha conferito al programma New York Medicaid il diritto di utilizzare e condividere le Sue informazioni sanitarie per pagare le cure e per usufruire del programma. Ad esempio, utilizziamo e condividiamo le Sue informazioni per:

- **Pagare le parcelle del medico, dell'ospedale e/o dell'operatore sanitario che La sta curando.**
- **Assicurarci che riceva cure sanitarie di qualità e che siano rispettate tutte le norme e le leggi.**

Possiamo rivedere le Sue informazioni sanitarie:

- **Per stabilire se ha ricevuto la terapia medica o le attrezzature sanitarie corrette.**
- **Per informarLa di modifiche importanti nei sussidi sanitari.**
- **Per assicurarci che sia iscritto/a al programma sanitario corretto.**

- **Per riscuotere il pagamento da altre compagnie assicurative.**
- **Per determinare l' idoneità a Medicare Parte D o ad altri programmi assicurativi che potrebbero essere più economici per Lei.**

Inoltre, possiamo utilizzare e condividere le Sue informazioni sanitarie in circostanze limitate per:

- **Studiare cure sanitarie.** Possiamo esaminare le informazioni sanitarie di molti utenti per individuare altre modalità con cui somministrare cure migliori.
- **Prevenire o intervenire in caso di problemi gravi di salute o sicurezza per Lei o la comunità, come consentito dalle leggi federali e statali.**

Il Suo consenso scritto è richiesto per altri usi e divulgazioni:

- **Appunti sulla psicoterapia**
- **Usi e divulgazioni di informazioni sanitarie sensibili per finalità di marketing, comprese le comunicazioni riguardanti terapie sovvenzionate**
- **Divulgazioni che costituiscono una vendita di informazioni sanitarie sensibili.**

Siamo tenuti a ottenere il Suo consenso scritto per utilizzare o condividere informazioni sanitarie per qualsiasi finalità non menzionata nella presente informativa, salvo nei casi autorizzati dalle leggi.

### **Quali sono i Suoi diritti?**

Lei o un Suo rappresentante ha il diritto di:

- Ottenere una copia cartacea della presente informativa.
- Consultare o ottenere una copia delle Sue informazioni sanitarie. Se la richiesta viene respinta, ha il diritto di vedere riesaminato il rifiuto.
- Chiedere di modificare le Sue informazioni sanitarie. Esamineremo tutte le richieste, ma non possiamo modificare le parcelle inviate da medici, ambulatori, ospedali o altri operatori sanitari.
- Chiedere di limitare l'uso e la divulgazione delle informazioni. Esamineremo tutte le richieste, ma non siamo tenuti ad accettare ciò che ci viene chiesto salvo ove richiesto dalla legge per una tale divulgazione.
- Chiederci di essere contattato/a in altro modo in merito alle informazioni sanitarie (ad esempio, può chiederci di spedire la posta a un indirizzo diverso).
- Richiedere i moduli speciali da firmare per consentirci di condividere le Sue informazioni sanitarie con chiunque voglia. Potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, purché le informazioni non siano già state condivise.
- Ottenere un elenco di quanti hanno ricevuto le Sue informazioni sanitarie. L'elenco non comprenderà le informazioni sanitarie richieste da Lei o da un Suo rappresentante, le informazioni utilizzate per usufruire del programma New York Medicaid o quelle fornite a scopo di applicazione della legge.
- Essere avvisato/a di eventuali violazioni delle Sue informazioni sanitarie sensibili non protette.

Per una copia della presente informativa, consulti il sito web dell'Amministrazione delle risorse umane della Città di New York (New York City Human Resources Administration) ([https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)). Per una versione alternativa, può consultare anche il sito web del Dipartimento della salute dello Stato di New York ([https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm)).

**\*La presentazione di un reclamo non comporta conseguenze negative. In caso di variazioni alle informazioni contenute in questa informativa, verrà pubblicata la versione modificata sul nostro sito web all'indirizzo:**

[https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)

**Soffre di una disabilità o di un problema di salute a livello fisico o mentale?** Questo problema di salute Le impedisce di comprendere questo avviso o di fare ciò che Le viene richiesto? Questo problema di salute Le impedisce di usufruire di altri servizi dell'Amministrazione delle Risorse Umane (HRA)? **Possiamo aiutarla.** Ci chiami al numero 888-692-6116. Può anche chiedere aiuto quando si reca presso un ufficio HRA. Ha il diritto di richiedere questo genere di assistenza secondo la legge.