УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-2020c (R) 11/26/2024

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАЗГЛАШАТЬСЯ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, А ТАКЖЕ КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ К НЕЙ ДОСТУП. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.

Программа Medicaid штата Нью-Йорк обязана информировать вас о порядке использования, распространения и защиты информации о состоянии вашего здоровья. Программа Medicaid штата Нью-Йорк включает обычный план Medicaid и план управляемого медицинского обслуживания Medicaid. Она действует под управлением Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк и местного департамента социальных служб.

Информация о состоянии вашего здоровья является конфиденциальной.

Мы обязаны заботиться о конфиденциальности вашей информации, раскрывать ее только в случае экстренной необходимости и следовать процедурам обеспечения конфиденциальности, изложенным в этом уведомлении. Мы должны прилагать все усилия для защиты конфиденциальности людей, которым оказываются услуги по лечению ВИЧ/СПИДа или реабилитации от наркотической и алкогольной зависимости.

Какой информацией о состоянии вашего здоровья располагают сотрудники программы Medicaid штата Нью-Йорк?

Подавая заявление на участие в программе Medicaid, вы, возможно, предоставили нам некоторую информацию о своем здоровье. Вместе с платежными требованиями от ваших врачей, клиник, больниц, администраций планов управляемого медицинского обслуживания и других поставщиков медицинских услуг мы также получаем информацию о состоянии вашего здоровья, вашем лечении и лекарствах.

Как программа Medicaid штата Нью-Йорк использует информацию о состоянии вашего здоровья и кому передает ее?

Мы должны предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья в следующих случаях:

- **если вы или ваш представитель запрашиваете данную информацию;**
- **если в предусмотренных законом случаях информацию запрашивают правительственные учреждения, например для проведения аудита;**
- **если раскрытие вашей информации требуется по законодательству.**

В своем заявлении на участие в программе Medicaid вы предоставили программе Medicaid штата Нью-Йорк право использовать и передавать информацию о состоянии вашего здоровья с целью оплаты вашего медицинского обслуживания и управления программой. Например, мы используем и раскрываем вашу информацию в следующих целях:

- **оплата счетов вашего врача, больницы и (или) поставщика медицинских услуг;**
- **чтобы убедиться, что вы получаете качественное медицинское обслуживание и что соблюдены все соответствующие правила и законы.**

Мы можем просматривать информацию о состоянии вашего здоровья в следующих целях:

- **чтобы определить, была ли вам проведена правильная медицинская процедура или применяется ли надлежащее медицинское оборудование;**
- **чтобы связаться с вами для обсуждения внесения важных изменений в условия вашего медицинского страхования;**
- **чтобы убедиться, что вы участвуете в правильной программе в области здравоохранения;**
- **чтобы получать оплату от других страховых компаний;**
- **чтобы определить, имеете ли вы право на участие в программе Medicare, часть D, или в других программах страхования, которые могут оказаться для вас более экономными.**

В определенных случаях мы также можем использовать и передавать информацию о состоянии вашего здоровья в следующих целях:

- **проведение исследований в сфере здравоохранения** – мы изучаем информацию о состоянии здоровья многих клиентов, чтобы найти способы улучшить наше медицинское обслуживание;
- **предотвращение серьезных проблем со здоровьем либо угроз вашей безопасности или безопасности вашего сообщества, а также реагирование на них в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата.**

Для других случаев использования и раскрытия информации требуется ваше письменное разрешение. Например, это касается:

- **записей психотерапевта;**
- **использования и раскрытия закрытой медицинской информации в маркетинговых целях, включая сообщения о субсидировании лечения;**
- **раскрытия информации, представляющего собой продажу вашей закрытой медицинской информации.**

Нам требуется ваше письменное разрешение на использование или раскрытие информации о состоянии вашего здоровья в любых целях, не указанных в этом уведомлении, за исключением случаев, когда это требуется согласно применимому законодательству.

Каковы ваши права?

Вы и ваш представитель имеете приведенные ниже права.

- Получить бумажную копию этого уведомления.
- Ознакомиться с информацией о состоянии вашего здоровья или получить копию соответствующих документов. Если ваш запрос отклонен, вы имеете право запросить повторное его рассмотрение.
- Запросить внесение изменений в информацию о вашем состоянии здоровья. Мы рассмотрим все запросы, но не сможем внести изменения в счета, выставленные вашим врачом, клиникой, больницей или другим поставщиком медицинских услуг.
- Запросить ограничение использования и раскрытия вашей информации. Мы рассмотрим все запросы, но не обязуемся удовлетворить их, за исключением случаев, когда раскрытие информации требуется по закону.
- Запросить изменение способа связи с вами для обсуждения вопросов, касающихся вашего медицинского обслуживания (например, вы можете попросить нас отправлять вашу корреспонденцию на другой адрес).

- Запросить специальные формы, заполнив и подписав которые, вы предоставите нам разрешение на передачу информации о состоянии вашего здоровья указанным вами лицам. Вы можете отозвать свое разрешение в любой момент, если данная информация еще не была раскрыта.
- Получить перечень лиц, которые получили доступ к информации о состоянии вашего здоровья. В этом перечне не будет указан доступ к сведениям, запрошенный вами или вашим представителем, данным, которые используются для организации программы Medicaid штата Нью-Йорк, или информации, предоставленной правоохранительным органам.
- Получать уведомления о любых утечках вашей незащищенной закрытой медицинской информации.

Электронную копию настоящего уведомления можно найти на веб-сайте Управления по трудовым ресурсам штата Нью-Йорк (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). Вы также можете посетить веб-сайт Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк, чтобы ознакомиться с альтернативной версией документа (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/notepriveng.htm).

*** Полученная жалоба не скажется отрицательно на качестве предоставляемых вам услуг. Если мы изменим информацию в этом уведомлении, то опубликуем измененную версию документа на нашем веб-сайте по такому адресу:**

(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)

У вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это состояние мешает вам понять содержание настоящего уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это нарушение не позволяет вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы можем вам помочь.** Позвоните по номеру 888-692-6116. Вы также можете обратиться за помощью, посетив отделение HRA. У вас есть законное право на это.