

# УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

## В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЮТСЯ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ, РАСКРЫТИЯ И ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.

Согласно правилам программы Medicaid в Нью-Йорке, мы обязаны уведомлять вас о том, как мы используем, распространяем и защищаем вашу медицинскую информацию. Программа Medicaid в Нью-Йорке включает два плана: стандартный план Medicaid и план управляемого медицинского обслуживания Medicaid. Управление программой осуществляет Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) и местные отделы социальных служб (Local Departments of Social Services).

**Ваша медицинская информация является конфиденциальной.**

Мы обязаны обеспечивать конфиденциальность вашей информации, передавать ее третьим лицам только в случае необходимости и соблюдать правила, изложенные в данном уведомлении. Мы должны прилагать особые усилия для сохранения в тайне имен людей, получающих услуги, связанные с лечением ВИЧ/СПИД (HIV/AIDS), а также алкогольной или наркотической зависимости.

### Какая медицинская информация хранится в базах данных программы Medicaid в Нью-Йорке?

Когда вы подали заявку на участие в Medicaid, вы могли сообщить нам информацию о состоянии вашего здоровья. Когда ваши врачи, клиники, больницы, планы управляемого медицинского обслуживания или другие поставщики медицинских услуг направляют нам требования оплаты, мы также получаем информацию о вашем здоровье, о том, какие процедуры вы проходили и какие препараты получали.

### Как раскрывается и используется медицинская информация в рамках программы Medicaid в Нью-Йорке?

Мы должны предоставлять вашу медицинскую информацию в следующих случаях:

- Информацию запрашиваете вы сами или ваш законный представитель.
- Информацию запрашивают органы власти на законных основаниях, например при проведении аудиторской проверки.
- Закон обязывает нас предоставить вашу информацию.

Подавая заявку на участие в Medicaid, вы дали представителям программы Medicaid в Нью-Йорке право передавать и использовать вашу медицинскую информацию для оплаты медицинского обслуживания и в целях реализации программы. Например, мы передаем и используем ваши данные:

- для оплаты счетов, выставленных врачами, больницами или другими медицинскими учреждениями;
- для обеспечения качества медицинского обслуживания и соблюдения всех действующих правил и законов.

Мы можем проверять вашу медицинскую информацию в следующих случаях:

- чтобы определить, правильно ли подобраны медицинские процедуры или медицинское оборудование;
- чтобы связаться с вами, если нужно сообщить о важных изменениях в условиях страхования;
- чтобы убедиться, что выбранная программа медицинского страхования вам подходит;
- чтобы получать оплату от других страховых компаний;
- чтобы проверить, соответствуете ли вы критериям участия в Medicare часть D или в каких-либо других более выгодных программах страхования.

При определенных условиях мы можем также передавать и использовать вашу медицинскую информацию для следующих целей:

- **исследование медицинского обслуживания:** мы можем просматривать медицинскую информацию многочисленных клиентов для поиска путей повышения качества медицинского обслуживания;
- **профилактика или реагирование на серьезные проблемы в сфере здоровья и безопасности, касающиеся вас или окружающих вас людей, в рамках федерального законодательства и законодательства штата.**

Иные способы использования и раскрытия информации требуют вашего письменного разрешения:

- **заметки психотерапевта;**
- **раскрытие и использование конфиденциальной медицинской информации для целей маркетинга, в том числе для обмена информацией о субсидируемых формах лечения;**
- **передача конфиденциальной медицинской информации с целью продажи.**

Мы обязаны получить ваше письменное разрешение для передачи или использования вашей медицинской информации в целях, не упомянутых в данном документе, за исключением ситуаций, оговоренных в действующем законодательстве.

### **Ваши права**

Вы или ваш законный представитель имеете право на следующее:

- Получить бумажную копию данного уведомления.
- Просматривать или получить копию вашей медицинской информации. Подать апелляцию, если ваш запрос отклонен.
- Попросить внести изменения в медицинскую информацию. Мы рассмотрим каждое обращение, но мы не можем вносить изменения в счета, полученные от вашего врача, клиники, больницы или другого поставщика медицинских услуг.
- Попросить установить ограничения в отношении распространения и использования вашей информации. Мы рассмотрим каждое обращение, но мы не обязаны устанавливать подобные ограничения по просьбе клиента, за исключением случаев, когда это требуется по закону.
- Попросить нас связываться с вами по вопросам, касающимся медицинской информации, другим способом (например, вы можете попросить присылать почту на другой адрес).
- Попросить нас выдать вам особые формы, которые вы можете подписать и тем самым разрешить нам предоставлять вашу медицинскую информацию людям, которых вы укажете в форме. Вы сможете отозвать разрешение в любой момент, если информация не была передана.
- Получить список лиц, которым передавалась ваша медицинская информация. В этот список не будут включены случаи, когда информацию запрашивали вы сами или ваш законный представитель, когда информация использовалась в целях реализации программы Medicaid в Нью-Йорке, а также когда информация предоставлялась правоохранительным органам.
- Получать уведомления в случае незаконного доступа к вашей незащищенной конфиденциальной медицинской информации.

Электронная копия данного уведомления размещена на веб-сайте Управления трудовых ресурсов г. Нью-Йорка (New York City Human Resources Administration) по адресу

[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). Альтернативную версию можно найти на веб-сайте Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк по адресу [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm).

**\*Вы не будете подвергнуты санкциям, если подадите жалобу. Если мы внесем изменения в текст данного уведомления, исправленная версия будет размещена на нашем веб-сайте по следующему адресу:**

[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)

**У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность?** Это нарушение мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Вам трудно пользоваться другими услугами HRA? **Мы сможем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру **888-692-6116**. Вы также сможете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. Вы имеете законное право потребовать такую помощь.