

Уведомление о практике конфиденциальности CountyCare

НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ СООБЩАЕТ ВАМ, КАК ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И ПЕРЕДАВАТЬСЯ ВАШИМ ПЛАНОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ЭТО ТАКЖЕ ОПИСЫВАЕТ, КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ.

Что это за документ?

Этот документ, называемый «Уведомление о практике конфиденциальности», информирует вас о том, как CountyCare («мы») можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию и демографическую информацию, включая, помимо прочего, вашу расу, этническую принадлежность, язык или сексуальную ориентацию. В этом уведомлении также описываются ваши права на доступ к вашей информации и наши обязанности по ее защите. Мы обязаны сохранять вашу медицинскую информацию конфиденциальной и в безопасности.

Что такая медицинская информация?

«Медицинская информация» означает любую информацию, связанную с вашим медицинским обслуживанием, которая позволяет вас идентифицировать. Примеры включают, помимо прочего, ваше имя, дату рождения, сведения о полученном вами медицинском обслуживании или суммы, уплаченные за ваше лечение.

Почему вы предоставляете мне это?

По закону мы обязаны защищать конфиденциальность вашей медицинской информации и предоставлять вам сведения о том, как мы ее используем и передаем. Мы также обязаны по закону предоставить вам это уведомление. Эти законы штата и федеральные законы укрепляют наше обязательство перед вами как нашим участником тщательно поддерживать и защищать вашу конфиденциальность. Хотя это не является медицинской информацией, мы также применяем такой же уровень конфиденциальности и защиты к вашей демографической информации, такой как раса, этническая принадлежность, язык и сексуальная ориентация.

Мы не будем использовать или передавать вашу информацию иначе, чем описано здесь, если только вы не дадите нам письменное разрешение. Ваша демографическая информация не будет использоваться для отказа в предоставлении услуг, страхового покрытия или льгот. Если вы сообщите нам, что мы можем передавать вашу информацию, вы можете изменить свое решение в любое время. Сообщите нам в письменной форме, если вы передумаете.

Кто следует этому уведомлению?

Все сотрудники, подрядчики, консультанты, поставщики, волонтеры и другие медицинские специалисты и организации, которые работают с CountyCare, соблюдают это уведомление.

Как мы можем использовать и передавать вашу медицинскую и демографическую информацию

Для управления вашим медицинским лечением. Мы будем использовать и передавать вашу информацию, чтобы помочь с вашим медицинским обслуживанием.

Например: Врач направляет нам информацию о вашем диагнозе и плане лечения, чтобы мы могли организовать дополнительные услуги.

Например: Мы можем передавать вашу медицинскую и демографическую информацию (например, предпочтаемый вами язык) в агентство услуг, которое организует услуги поддерживаемого жилья, связанные с медицинским обслуживанием.

Для операций по медицинскому обслуживанию. Мы будем использовать и передавать вашу медицинскую информацию, чтобы помочь нам выполнять нашу работу и оценивать, насколько хорошо мы это делаем. Мы можем связываться с вами при необходимости или если вы дали согласие на контакт.

Например: Мы будем использовать вашу медицинскую информацию, чтобы разработать для вас более качественные услуги или убедиться, что вы получаете хорошие услуги.

Например: Мы передаем данные, связанные с вашей медицинской информацией, в штат Иллинойс, чтобы подтвердить соблюдение условий нашего контракта.

Для оплаты ваших медицинских услуг. Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию при оплате ваших медицинских услуг.

Например: Мы передаем информацию о вас вашему плану рецептурных препаратов, чтобы координировать оплату ваших рецептов.

Для администрирования вашего плана. Мы можем передавать вашу медицинскую информацию другим организациям, которые имеют контракт с CountyCare для администрирования плана.

Например: Мы поделимся вашей информацией с транспортной компанией чтобы, убедиться, что вы доберётесь на свои приёмы.

С деловыми партнерами. Мы можем поделиться вашей медицинской информацией с другой компанией, называемой «деловой партнёр», которую мы нанимаем для оказания услуги нам или от нашего имени. Мы будем передавать вашу информацию только в том случае, если деловой партнер письменно согласился сохранять медицинскую и демографическую информацию конфиденциальной и защищенной.

Как мы можем использовать или передавать вашу медицинскую и демографическую информацию с вашего разрешения

Вы можете выбирать, как мы используем и передаем вашу информацию в ситуациях, описанных ниже.

Сообщите нам, что вы хотите, чтобы мы делали, и мы будем следовать вашим инструкциям.

Если вы не можете сообщить нам свои предпочтения, мы можем передать вашу информацию, если считаем, что это соответствует вашим наилучшим интересам.

С лицами, участвующими в оплате вашего ухода. Мы можем передавать медицинскую информацию о вас членам вашей семьи, друзьям или любому другому лицу, которого вы укажете как участвующего в вашем медицинском обслуживании или помогающего оплачивать его. Вы имеете право попросить нас не передавать вашу информацию определенным лицам, но вы должны сообщить нам об этом. В экстренной ситуации или при других обстоятельствах, когда вы не можете сообщить нам свои предпочтения, мы можем передать часть информации членам семьи, друзьям или другим лицам, если считаем, что это соответствует вашим наилучшим интересам.

Для передачи информации о льготах, услугах и альтернативах лечения, связанных со здоровьем. Мы можем информировать вас о медицинских услугах, продуктах, возможных методах лечения или альтернативах, доступных для вас. Мы можем предоставить вам информацию через общий информационный бюллетень, лично или посредством товаров и услуг незначительной стоимости. Мы можем передавать вашу медицинскую информацию деловому партнеру, чтобы он помогал нам в этих видах деятельности. Мы можем связываться с вами по электронной почте или с помощью текстовых сообщений для напоминаний о приемах, опросов участников, информации о преимуществах программ оздоровления или других общих сообщений и медицинского контента, если вы предоставили нам свой адрес электронной почты и/или номер мобильного телефона. Связь может осуществляться по телефону, электронной почте или с помощью текстовых сообщений, если вы предоставили эти способы связи. Вы можете связаться с нами и специально запросить, чтобы мы не связывались с вами ни одним из этих способов. Мы не будем продавать вашу медицинскую информацию без вашего письменного разрешения.

С родителями и законными опекунами несовершеннолетних. Мы можем раскрывать медицинскую информацию о несовершеннолетних детях их родителям или законным опекунам, если такое раскрытие не запрещено законом. Если несовершеннолетний является эмансипированным, состоит в браке, беременен или является родителем, мы не будем передавать информацию о несовершеннолетнем его родителям или законным опекунам без разрешения самого несовершеннолетнего. Если несовершеннолетний получает помощь по определенным чувствительным состояниям, таким как ВИЧ/СПИД, психические расстройства, репродуктивная помощь и другим, мы не будем раскрывать эту информацию родителям или законным опекунам несовершеннолетнего без разрешения, если только это не требуется или не допускается законом.

Для проведения исследований. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в исследовательских целях. Однако большинство исследовательских проектов подлежат специальному процессу утверждения и требуют

вашего разрешения, если исследователь будет участвовать в вашем уходе или будет иметь доступ к вашему имени, адресу или другой информации, позволяющей вас идентифицировать. Закон разрешает проведение некоторых исследований с использованием вашей медицинской информации без получения вашего разрешения.

Как мы обязаны передавать вашу медицинскую информацию

Мы также обязаны передавать вашу информацию в ситуациях, которые способствуют общественному благу или безопасности, либо если мы обязаны по закону передавать вашу информацию. Мы должны выполнить множество юридических условий, прежде чем сможем поделиться вашей информацией для этих целей.

Общественное здравоохранение и безопасность. Мы можем передавать вашу медицинскую информацию по причинам, связанным с общественным здравоохранением и безопасностью.

Например:

- Для предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности;
- Для сообщения о рождении и смертях;
- Для сообщения о жестоком обращении с детьми или пренебрежении уходом;
- Для помощи в предоставлении информации Управлению по контролю за продуктами и лекарствами США (Food and Drug Administration, FDA) о продуктах, которые оно контролирует;
- Для сообщения о неблагоприятных реакциях на лекарственные препараты;
- Чтобы сообщить вам, что вы могли подвергнуться воздействию заболевания или можете находиться в группе риска заражения или распространения заболевания или состояния; или
- Вашему работодателю в некоторых ограниченных случаях.

Правоохранительным органам. Мы будем передавать медицинскую информацию о вас, когда это требуется федеральным, государственным или местным законодательством либо судами.

Например:

- Для ответа на судебное постановление, ордер, повестку или другой аналогичный процесс;
- Для установления личности или розыска подозреваемого, беглеца, важного свидетеля или пропавшего без вести лица; или
- Для получения информации о фактической или предполагаемой жертве преступления.

Мы можем передавать информацию сотруднику правоохранительных органов:

- Если мы считаем, что смерть наступила в результате преступления;
- Для сообщения о преступлениях на нашей территории; или
- В экстренной ситуации.

В рамках судебных разбирательств. Мы можем передавать медицинскую информацию о вас в ответ на судебное постановление или повестку. Мы будем передавать только ту информацию, которая указана в постановлении. Если мы получаем другие юридические

запросы, мы можем передать вашу медицинскую информацию, если нам сообщат, что вы знаете об этом и не возражаете против раскрытия.

Во время расследования. Мы будем передавать вашу информацию Секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services), если он запросит ее в рамках расследования нарушения конфиденциальности. В соответствии с теми же законами мы обязаны предоставлять вам записи о вас самих, которые вы запрашиваете. В некоторых ограниченных обстоятельствах нам разрешено не предоставлять вам часть информации.

Специальные государственные функции. Мы можем передавать вашу медицинскую информацию:

- Уполномоченным федеральным должностным лицам;
- Командным органам вооруженных сил или федеральным агентствам для определения вашей пригодности к военной службе, права на получение медицинских льгот для ветеранов или медицинской пригодности для получения допуска к государственной тайне;
- Для разведывательной, контрразведывательной и другой деятельности в области национальной безопасности; и
- Для защиты Президента Соединенных Штатов.

Жестокое обращение и пренебрежение. Мы можем быть обязаны поделиться вашей информацией для сообщения о предполагаемом насилии, пренебрежении или домашнем насилии государственным и федеральным органам. Скорее всего, вам сообщат, что мы передаем эту информацию данным органам.

Для помощи при стихийных бедствиях. Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в ситуации оказания помощи при стихийных бедствиях.

Предотвращение серьезной угрозы безопасности. Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для предотвращения или снижения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности других лиц.

Коронеры, судебно-медицинские эксперты и похоронные службы. Мы можем поделиться медицинской информацией с коронером или судебно-медицинским экспертом чтобы, установить личность умершего или выяснить причину смерти. Мы также можем передавать медицинскую информацию похоронным директорам, если она необходима им для выполнения их работы.

Надзор за здравоохранением. Некоторые органы здравоохранения осуществляют надзор за системами здравоохранения и государственными программами, чтобы обеспечить соблюдение законов о гражданских правах. Мы можем передавать вашу информацию этим органам для указанных целей.

Донорство органов и тканей. Если вы являетесь донором органов, мы можем передавать медицинскую информацию организациям, отвечающим за изъятие, транспортировку или трансплантацию органа, глаза или ткани.

Компенсация работникам. Мы можем передавать вашу медицинскую информацию агентствам или лицам для соблюдения законов о компенсации работникам или других аналогичных программ.

Как мы защищаем использование вашей информации

Как мы обеспечиваем безопасность вашей информации. Мы принимаем меры для защиты вашей медицинской и демографической информации и сохранения ее конфиденциальности. Мы используем как физические, так и электронные меры защиты для охраны вашей медицинской информации, включая защищенные компьютерные системы, контроль доступа и паролей, политики минимально необходимого доступа и ограничения использования для сотрудников, а также обязательное обучение сотрудников и поставщиков.

Ваши права в отношении вашей медицинской и демографической информации

Вы имеете право запрашивать ограничения. Вы имеете право попросить нас ограничить способы использования и передачи вашей медицинской информации для лечения, оплаты и операций по оказанию медицинской помощи. Однако мы не обязаны соглашаться на такой запрос. Мы обязаны согласиться на запрос, если раскрытие осуществляется с целью проведения оплаты или операций по оказанию медицинской помощи и не требуется иным образом по закону. Мы также должны согласиться на этот запрос, если медицинская информация касается только услуги или товара, за которые вы или другое лицо, а не ваша страховая компания, полностью оплатили от вашего имени. Вы также можете попросить нас ограничить информацию, которую мы используем или передаем вашим членам семьи, друзьям или любому другому лицу, о котором вы нам сообщили, что оно участвует в вашем уходе или помогает его оплачивать.

Вы должны подать запрос в письменной форме, и он должен быть подписан и датирован. Вы должны описать информацию, которую хотите ограничить, и указать, кто не должен получать эту информацию. Вы должны направить письменный запрос в CountyCare Health Plan, Attention: Compliance, 1950 W. Polk St., Suite 9217, Chicago, IL 60612. Мы сообщим вам, согласны ли мы с вашим запросом или нет.

Если мы согласимся, мы будем следовать вашему запросу, если только информация не понадобится для оказания вам помощи в экстренной ситуации.

Вы имеете право получить копию вашего назначенного набора записей. Вы имеете право ознакомиться или получить копию вашего назначенного набора записей, который у нас имеется о вас.

Чтобы ознакомиться и получить копии этой информации, вы должны подать письменный запрос. Мы предоставим вам копию или краткое изложение вашего установленного набора записей в течение 30 дней с момента вашего запроса. Если вы запрашиваете копию вашего назначенного набора записей, мы можем взимать разумную плату за расходы на копирование, отправку по почте или другие действия, связанные с вашим запросом.

Вы имеете право запрашивать изменения. Вы можете попросить нас изменить вашу медицинскую, демографическую или платежную информацию, если считаете, что она неверна

или неполна. Вы должны направить нам письменный запрос и указать причину, по которой вы хотите внести изменение. Мы не обязаны соглашаться на внесение изменений. Если мы не согласимся с запрашиваемым изменением, мы сообщим вам причину в письменной форме в течение 60 дней. После этого вы можете направить еще один запрос, если вы не согласны с нашим решением. Он будет приложен к информации, которую вы хотели изменить или исправить.

Вы имеете право запрашивать конфиденциальную связь. Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или отправлять почту на другой адрес. Мы рассмотрим все разумные запросы. Мы обязаны согласиться, если вы сообщите нам, что будете в опасности, если мы не выполним ваш запрос.

Вы имеете право на отчет о раскрытиях информации. Вы имеете право подать письменный запрос на получение списка случаев, когда мы передавали вашу медицинскую информацию за последние шесть лет. В списке будет указано, кому мы передавали информацию, дата передачи и причина. Мы включим все раскрытия, за исключением раскрытий для лечения, оплаты и операций по оказанию медицинской помощи или любых раскрытий, которые вы попросили нас осуществить. Мы предоставим один бесплатный отчет в год, но взимем разумную плату, если вы запросите еще один в течение 12 месяцев. Ваш письменный запрос должен указывать период времени для этих раскрытий.

Вы имеете право на бумажную копию данного уведомления. Вы имеете право в любое время запросить бумажную копию данного уведомления. Мы незамедлительно предоставим вам ее.

Вы имеете право выбрать лицо, которое будет действовать от вашего имени. Если вы предоставили кому-либо медицинскую доверенность или если кто-то является вашим законным опекуном, это лицо может осуществлять ваши права и принимать решения относительно вашей медицинской информации. Вы должны предоставить копию документации, подтверждающей полномочия этого лица действовать от вашего имени.

Информация о репродуктивном здоровье. Мы не будем использовать вашу медицинскую информацию для проведения или содействия другим в проведении расследований либо наложения санкций на вас за сам факт обращения за получением, получения или содействия в получении репродуктивной медицинской помощи, которая является законной. В случаях, когда мы получаем запросы на вашу медицинскую информацию, которые могут включать данные о репродуктивном здоровье для целей надзора, судебных или административных разбирательств, правоохранительных органов или раскрытия информации коронерам и судебно-медицинским экспертам, мы получим подписанное подтверждение от запрашивающей стороны, что их запрос не преследует запрещенную цель.

Мы уведомим их о том, что ненадлежащее использование и раскрытие вашей медицинской информации может повлечь за собой уголовную ответственность.

Генетическая информация. Нам не разрешается использовать генетическую информацию для принятия решения о предоставлении вам страхового покрытия или об установлении стоимости такого покрытия.

Информация о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (Substance Use Disorder, SUD). Если мы получаем или храним какую-либо информацию о вас из программы лечения SUD, подпадающей под действие 42 CFR часть 2 («Программа часть 2»), на основании согласия, которое вы предоставляете этой Программе на использование и раскрытие информации Part 2 для целей лечения, оплаты или операций в сфере здравоохранения, мы можем использовать и раскрывать вашу информацию Part 2 для тех же целей. Это соответствует требованиям Акта мобильности и подотчётности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) и видам использования и раскрытия информации, описанным в данном Уведомлении. Если мы получаем или храним вашу информацию Part 2 на основании специального согласия, которое вы предоставляете нам или другой третьей стороне, мы будем использовать и раскрывать вашу информацию Part 2 только в объеме, разрешенном вами в предоставленном нам согласии.

Ни при каких обстоятельствах мы не будем использовать или раскрывать вашу информацию Part 2, а также показания, основанные на информации, содержащейся в записи вашей Программы Part 2, в каких-либо гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательствах со стороны каких-либо федеральных, штатных или местных органов власти против вас, если это не разрешено вами либо не осуществляется на основании судебного приказа после того, как вам будет направлено уведомление о таком судебном приказе.

Использование вашей информации для нашего маркетинга. Мы не можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в маркетинговых целях, если у нас нет вашего письменного разрешения.

Продажа вашей информации. Мы не можем продавать вашу медицинскую информацию, если у нас нет вашего письменного разрешения.

Другие виды использования и раскрытия вашей медицинской информации

Конфиденциальная информация. Некоторые виды медицинской информации являются особо конфиденциальными и подлежат дополнительной защите. Закон может требовать, чтобы мы получили ваше письменное разрешение для передачи такой информации. Чувствительная медицинская информация может включать

генетическое тестирование; тестирование, диагностику или лечение ВИЧ/СПИДа; психические расстройства; злоупотребление алкоголем и наркотиками; сексуальное насилие; или экстракорпоральное оплодотворение. Ваше разрешение также требуется для использования и передачи психотерапевтических записей.

Изменения в данном Уведомлении

Мы можем в любое время изменить наши политики конфиденциальности, процедуры и данное уведомление, и такие изменения будут применяться ко всей информации, которой мы располагаем о вас. Если мы изменим данное уведомление, новое уведомление будет размещено на нашем веб-сайте, и мы направим вам его копию по почте.

Что делать, если мне нужно сообщить о проблеме?

Если вы недовольны и сообщаете о проблеме, мы не будем использовать вашу жалобу против вас.

Если вы считаете, что CountyCare нарушил ваши права на конфиденциальность, изложенные в данном уведомлении, вы можете подать жалобу в CountyCare или в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США. Вы можете сделать это, отправив письмо по адресу:

U.S. Department of Health and Human
Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave. S.W.
Washington, D.C. 20201

Вы также можете позвонить по телефону 877-696-6775 или посетить <https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> чтобы подать жалобу.

Вы можете связаться с Офисом корпоративного комплаенса Cook County Health и/или с ответственным за конфиденциальность Cook County Health, чтобы обсудить любые ваши вопросы, используя приведённую ниже информацию:

Cook County Health & Hospitals System
1950 W. Polk St., Suite 9217
Chicago, IL 60612
Телефон: 1-877-476-1873
compliance@cookcountyhhs.org