

CountyCare Повідомлення про практику конфіденційності

ЦЕ ПОВІДОМЛЕННЯ ПОВІДОМЛЯЄ ВАМ, ЯК ВАША МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ МОЖЕ ВИКОРИСТОВУВАТИСЯ ТА ПОШИРЮВАТИСЯ ВАШИМ ПЛАНОМ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ. ЦЕ ТАКОЖ ОПИСУЄ, ЯК ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО ВЛАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ. БУДЬ ЛАСКА, УВАЖНО ОЗНАЙОМТЕСЯ З НИМ.

Що це за документ?

Цей документ, який називається «Повідомлення про практику конфіденційності», повідомляє вам, як CountyCare («ми», «нас») може використовувати та поширювати вашу медичну інформацію та демографічну інформацію, зокрема, але не обмежуючись, вашу расу, етнічне походження, мову або сексуальну орієнтацію. Це повідомлення також описує ваші права на доступ до вашої інформації та наші обов'язки щодо її захисту. Ми зобов'язані зберігати вашу медичну інформацію конфіденційною та безпечною.

Що таке медична інформація?

«Медична інформація» означає будь-яку інформацію, пов'язану з вашим медичним обслуговуванням, яка ідентифікує вас. Прикладами є, але не обмежуються, ваше ім'я, дата народження, відомості про отримане вами медичне обслуговування або суми, сплачені за ваше лікування.

Чому ви надаєте мені це?

Ми зобов'язані законом захищати конфіденційність вашої медичної інформації та надавати вам інформацію про те, як ми її використовуємо та поширюємо. Ми також зобов'язані законом надати вам це повідомлення. Ці закони штату та федеральні закони зміцнюють наше зобов'язання перед вами як нашим учасником ретельно зберігати та захищати вашу конфіденційність. Хоча це не є медичною інформацією, ми також застосовуємо ті самі принципи конфіденційності та захисту до вашої демографічної інформації, такої як раса, етнічне походження, мова та сексуальна орієнтація. Ми не будемо використовувати або поширювати вашу інформацію інакше, ніж описано тут, якщо ви не повідомите нас у письмовій формі, що ми можемо це зробити. Ваша демографічна інформація не використовуватиметься для відмови в послугах, покритті або пільгах. Якщо ви повідомите нас, що ми можемо поширювати вашу інформацію, ви можете змінити свою думку в будь-який час. Повідомте нас у письмовій формі, якщо ви зміните свою думку.

Хто дотримується цього повідомлення?

Усі працівники, підрядники, консультанти, постачальники, волонтери та інші медичні працівники й організації, які співпрацюють з CountyCare, дотримуються цього повідомлення.

Як ми можемо використовувати та поширювати вашу медичну та демографічну інформацію

Для управління вашим лікуванням. Ми будемо використовувати та поширювати вашу інформацію, щоб допомогти з вашим медичним обслуговуванням.

Наприклад: Лікар надсилає нам інформацію про ваш діагноз і план лікування, щоб ми могли організувати додаткові послуги.

Наприклад: Ми можемо поширювати вашу медичну та демографічну інформацію (наприклад, бажану мову) з агентством з надання послуг, яке організовує житлові послуги підтримки медичного обслуговування.

Для операцій з охорони здоров'я. Ми будемо використовувати та поширювати вашу медичну інформацію, щоб допомогти нам виконувати нашу роботу та оцінювати, наскільки добре ми її виконуємо. Ми можемо зв'язуватися з вами за необхідності або якщо ви погодилися на зв'язок.

Наприклад: Ми будемо використовувати вашу медичну інформацію, щоб розробити кращі послуги для вас або переконатися, що ви отримуєте якісні послуги.

Наприклад: Ми подаємо дані, пов'язані з вашою медичною інформацією, до штату Іллінойс, щоб показати, що ми дотримуємося нашого контракту.

Для оплати ваших медичних послуг. Ми можемо використовувати та поширювати вашу медичну інформацію під час оплати ваших медичних послуг.

Наприклад: Ми поширюємо інформацію про вас з вашим планом рецептурних препаратів, щоб узгодити оплату ваших ліків.

Для адміністрування вашого плану. Ми можемо поширювати вашу медичну інформацію з іншими компаніями, які мають контракт з CountyCare для адміністрування плану.

Наприклад: Ми поділимося вашою інформацією з транспортною компанією, щоб переконатися, що ви потрапите на свої прийоми.

З бізнес-партнерами. Ми можемо поділитися вашою медичною інформацією з іншою компанією, яка називається «діловий партнер», яку ми наймаємо для надання послуги нам або від нашого імені. Ми будемо поширювати вашу інформацію лише в тому випадку, якщо бізнес-партнер письмово погодився зберігати медичну та демографічну інформацію конфіденційною та безпечною.

Як ми можемо використовувати або поширювати вашу медичну та демографічну інформацію з вашого дозволу

Ви можете обирати, як ми використовуємо та поширюємо вашу інформацію в ситуаціях, описаних нижче.

Повідомте нам, що ви хочете, щоб ми робили, і ми будемо дотримуватися ваших інструкцій. Якщо ви не можете повідомити нам свої вподобання, ми можемо поширити вашу інформацію, якщо вважаємо, що це у ваших найкращих інтересах.

З особами, залученими до оплати вашого лікування. Ми можемо поширювати інформацію про ваше здоров'я з членами вашої родини, друзями або будь-якою іншою особою, яку ви повідомите нам як таку, що бере участь у вашому лікуванні або допомагає його оплачувати. Ви маєте право попросити нас не поширювати вашу інформацію з певними особами, але ви повинні повідомити нас про це. У надзвичайній ситуації або за інших обставин, коли ви не можете повідомити нас про свої уподобання, ми можемо поділитися деякою інформацією з родиною, друзями або іншими особами, якщо вважаємо, що це в ваших інтересах.

Для поширення інформації про пільги, послуги та альтернативи лікування, пов'язані зі здоров'ям. Ми можемо інформувати вас про медичні послуги, продукти, можливі методи лікування або альтернативи, доступні для вас. Ми можемо надавати вам інформацію через загальну розсилку, особисто або за допомогою продуктів чи послуг незначної вартості. Ми можемо поширювати вашу медичну інформацію з бізнес-партнером, щоб допомогти нам у цих заходах. Ми можемо зв'язуватися з вами електронною поштою або текстовими повідомленнями для нагадувань про прийоми, опитувань учасників, пільг програм оздоровлення або інших загальних повідомлень і медичного контенту, якщо ви надали нам свою адресу електронної пошти та/або номер мобільного телефону. Зв'язок може здійснюватися телефоном, електронною поштою або текстовими повідомленнями, якщо ви надали ці способи зв'язку. Ви можете звернутися до нас і спеціально попросити, щоб ми не зв'язувалися з вами жодним із цих способів. Ми не будемо продавати вашу медичну інформацію без вашого письмового дозволу.

З батьками та законними опікунами неповнолітніх. Ми можемо розкривати медичну інформацію про неповнолітніх дітей їхнім батькам або законним опікунам, якщо таке розкриття не заборонене законом. Якщо неповнолітній є емансипованим, одруженим, вагітним або є батьком/матір'ю, ми не будемо поширювати інформацію неповнолітнього з його батьками або законними опікунами без дозволу неповнолітнього. Якщо неповнолітній отримує допомогу щодо певних чутливих станів, таких як ВІЛ/СНІД, психічні розлади, репродуктивна допомога та інші, ми не будемо розкривати цю інформацію батькам або законним опікунам неповнолітнього без дозволу, якщо це не вимагається або не дозволено законом.

Для проведення досліджень. Ми можемо використовувати та розкривати вашу медичну інформацію для дослідницьких цілей. Однак більшість дослідницьких проєктів підлягають спеціальному процесу затвердження та вимагають вашого дозволу, якщо дослідник братиме участь у вашому лікуванні або матиме доступ до вашого імені, адреси чи іншої інформації, що ідентифікує вас. Закон дозволяє проводити деякі дослідження з використанням вашої медичної інформації без отримання вашого дозволу.

Як ми зобов'язані поширювати вашу медичну інформацію

Ми також зобов'язані поширювати вашу інформацію в ситуаціях, які сприяють суспільному благу або безпеці, або якщо ми зобов'язані законом поширювати вашу інформацію. Ми повинні виконати багато юридичних вимог, перш ніж зможемо поділитися вашою інформацією для цих цілей.

Громадське здоров'я та безпека. Ми можемо поширювати вашу медичну інформацію з міркувань громадського здоров'я та безпеки.

Наприклад:

- Для запобігання або контролю захворювань, травм чи інвалідності;
- Для повідомлення про народження та смерті;
- Для повідомлення про жорстоке поводження з дітьми або недбале ставлення;
- Для надання інформації Управлінню з контролю за продуктами і ліками США (Food and Drug Administration, FDA) про продукти, які воно контролює;
- Для повідомлення про побічні реакції на ліки;
- Для повідомлення вам про те, що ви могли зазнати впливу захворювання або можете бути під загрозою зараження чи поширення захворювання або стану; або
- Вашому роботодавцю в певних обмежених випадках.

З правоохоронними органами. Ми будемо поширювати медичну інформацію про вас, коли це вимагається федеральним, державним або місцевим законодавством чи судами.

Наприклад:

- Для відповіді на судовий наказ, ордер, повістку або інший подібний процес;
- Для ідентифікації або встановлення місцезнаходження підозрюваного, втікача, важливого свідка або зниклої особи; або
- Для отримання інформації про фактичну або ймовірну жертву злочину.

Ми можемо поширювати інформацію правоохоронному органу:

- Якщо ми вважаємо, що смерть була результатом злочину;
- Для повідомлення про злочини на нашій території; або
- У надзвичайній ситуації.

У рамках судових проваджень. Ми можемо поширювати медичну інформацію про вас у відповідь на судовий наказ або повістку. Ми будемо поширювати лише інформацію, зазначену в наказі. Якщо ми отримуємо інші юридичні запити, ми можемо поширювати вашу медичну інформацію, якщо нам повідомили, що ви про це знаєте і не заперечуєте проти розкриття.

Під час розслідування. Ми будемо поширювати вашу інформацію з Секретарем Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США, якщо вони запросять її в рамках розслідування порушення конфіденційності. Згідно з тими самими законами, ми повинні надавати вам записи про вас, які ви запитуєте. У деяких обмежених обставинах нам дозволено не надавати вам певну інформацію.

Спеціальні урядові функції. Ми можемо поширювати вашу медичну інформацію з:

- Уповноваженими федеральними посадовими особами;
- Командуванням збройних сил або федеральними агентствами для визначення вашої придатності до військової служби, права на медичні пільги ветеранів або медичної придатності для отримання допуску до державної таємниці;
- Для розвідувальної, контррозвідувальної та іншої діяльності у сфері національної безпеки; та
- Для захисту Президента Сполучених Штатів.

Жорстоке поводження та недбале ставлення. Ми можемо бути змушені поділитися вашою інформацією для повідомлення про підозру на жорстоке поводження, недбалість або домашнє насильство державним та федеральним органам. Ймовірно, вас буде повідомлено про те, що ми передаємо цю інформацію цим органам.

Для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Ми можемо поширювати вашу медичну інформацію в ситуації ліквідації наслідків катастроф.

Запобігання серйозній загрозі безпеці. Ми можемо використовувати та поширювати вашу медичну інформацію для запобігання або зменшення серйозної загрози вашому здоров'ю та безпеці або здоров'ю та безпеці інших.

Коронери, судово-медичні експерти та похоронні бюро. Ми можемо поділитися медичною інформацією з коронером або судово-медичним експертом, щоб встановити особу померлого або з'ясувати причину смерті. Ми також можемо поширювати медичну інформацію з похоронними бюро, якщо їм це необхідно для виконання їхньої роботи.

Діяльність з нагляду за охороною здоров'я. Певні медичні агентства здійснюють нагляд за системами охорони здоров'я та державними програмами, щоб переконатися, що дотримуються закони про громадянські права. Ми можемо поширювати вашу інформацію з цими агентствами для цих цілей.

Донорство органів і тканин. Якщо ви є донором органів, ми можемо передавати медичну інформацію організаціям, відповідальним за отримання, транспортування або трансплантацію органа, ока чи тканини.

Компенсація працівникам. Ми можемо поширювати вашу медичну інформацію агентствам або особам для дотримання законів про компенсацію працівникам або інших подібних програм.

Як ми захищаємо використання вашої інформації

Як ми забезпечуємо безпеку вашої інформації. Ми вживаємо заходів для захисту вашої медичної та демографічної інформації та збереження її конфіденційності. Ми використовуємо як фізичні, так і електронні засоби захисту для охорони вашої медичної інформації, включаючи захищені комп'ютерні системи, контроль доступу та паролів, політики мінімально необхідного доступу та обмеження використання для працівників, а також обов'язкове навчання працівників і постачальників.

Ваші права щодо вашої медичної та демографічної інформації

Ви маєте право вимагати обмежень. Ви маєте право просити нас обмежити способи використання та поширення вашої медичної інформації для лікування, оплати та операцій з охорони здоров'я. Однак ми не зобов'язані погоджуватися на цей запит. Ми зобов'язані погодитися на запит, якщо розкриття здійснюється з метою оплати або операцій з охорони здоров'я і не вимагається законом. Ми також повинні погодитися на запит, якщо медична інформація стосується лише медичної послуги або товару, за який ви або інша особа, а не ваша страхова програма, повністю заплатили від вашого імені. Ви також можете попросити нас обмежити інформацію, яку ми використовуємо або поширюємо з членами вашої родини, друзями або будь-якою іншою особою, яку ви повідомите нам як таку, що бере участь у вашому лікуванні або допомагає його оплачувати.

Ви повинні подати свій запит у письмовій формі, і він має бути підписаний та датований. Ви повинні описати інформацію, яку хочете обмежити, і повідомити нам, хто не повинен отримувати цю інформацію. Ви повинні надіслати свій письмовий запит до CountyCare Health Plan, Attention: Compliance, 1950 W. Polk St., Suite 9217, Chicago, IL 60612. Ми повідомимо вас, чи погоджуємося ми з вашим запитом чи ні.

Якщо ми погодимося, ми будемо дотримуватися вашого запиту, якщо тільки інформація не потрібна для надання вам допомоги в надзвичайній ситуації.

Ви маєте право отримати копію вашого визначеного набору записів. Ви маєте право ознайомитися або отримати копію вашого визначеного набору записів, який ми маємо про вас.

Щоб переглянути та отримати копії цієї інформації, ви повинні зробити письмовий запит. Ми надамо вам копію або короткий виклад вашого визначеного набору записів протягом 30 днів з моменту вашого запиту. Якщо ви запитуєте копію вашого визначеного набору записів, ми можемо стягувати розумну плату за витрати на копіювання, надсилання поштою або інші дії, пов'язані з вашим запитом.

Ви маєте право вимагати внесення змін. Ви можете попросити нас змінити вашу медичну, демографічну або платіжну інформацію, якщо вважаєте її неправильно або неповною. Ви повинні надіслати нам письмовий запит і надати причину, з якої ви хочете внести зміни. Ми не зобов'язані погоджуватися на внесення змін. Якщо ми не погодимося на запитувані зміни, ми повідомимо вам про причину в письмовій формі протягом 60 днів. Ви можете надіслати ще один запит, якщо не згодні з нами. Він буде доданий до інформації, яку ви хотіли змінити або виправити.

Ви маєте право вимагати конфіденційного зв'язку. Ви можете попросити нас зв'язуватися з вами певним способом (наприклад, за домашнім або робочим телефоном) або надсилати пошту на іншу адресу. Ми розглянемо всі обґрунтовані запити. Ми зобов'язані погодитися, якщо ви повідомите нам, що будете в небезпеці, якщо ми не виконаємо ваш запит.

Ви маєте право на облік розкриття інформації. Ви маєте право подати письмовий запит на отримання списку випадків, коли ми поширювали вашу медичну інформацію за останні шість років. Список міститиме інформацію про те, з ким ми поділилися, дату поширення та причину. Ми включимо всі розкриття, за винятком тих, що стосуються лікування, оплати та операцій з охорони здоров'я або будь-якого розкриття, яке ви попросили нас здійснити. Ми надамо один звіт на рік безкоштовно, але стягнемо розумну плату, якщо ви попросите ще один протягом 12 місяців. Ваш письмовий запит повинен зазначати період часу для цих розкриттів.

Ви маєте право на паперову копію цього повідомлення. Ви маєте право в будь-який час попросити паперову копію цього повідомлення. Ми негайно надамо її вам.

Ви маєте право обрати когось, хто діятиме від вашого імені. Якщо ви надали комусь медичну довіреність або якщо хтось є вашим законним опікуном, ця особа може реалізовувати ваші права та приймати рішення щодо вашої медичної інформації. Ви повинні надати копію документації, що підтверджує повноваження цієї особи діяти від вашого імені.

Інформація про репродуктивне здоров'я. Ми не будемо використовувати вашу медичну інформацію для проведення або допомоги іншим у проведенні розслідувань або накладенні штрафів на вас лише за факт звернення, отримання або сприяння отриманню репродуктивної медичної допомоги, яка є законною. У випадках, коли ми отримуємо запити на вашу медичну інформацію, що можуть включати дані про репродуктивне здоров'я для наглядових заходів, судових або адміністративних процесів, цілей правоохоронних органів або розкриття інформації коронерам і судово-медичним експертам, ми отримаємо підписане підтвердження від запитувача, що його запит не має забороненої мети. Ми повідомимо їх, що неналежне використання та розкриття вашої медичної інформації може призвести до кримінальної відповідальності.

Генетична інформація. Нам не дозволено використовувати генетичну інформацію для вирішення питання про надання вам страхового покриття або визначення вартості такого покриття.

Інформація про лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (Substance Use Disorder, SUD). Якщо ми отримуємо або зберігаємо будь-яку інформацію про вас від програми лікування SUD, яка підпадає під дію 42 CFR частина 2 («Програма частина 2»), через згоду, яку ви надаєте цій Програмі на використання та розкриття інформації Part 2 для цілей лікування, оплати або операцій з охорони здоров'я, ми можемо використовувати та розкривати вашу інформацію Part 2 для тих самих цілей. Це відповідає вимогам HIPAA та використанню і розкриттю інформації, описаним у цьому Повідомленні. Якщо ми отримуємо або зберігаємо вашу інформацію Part 2 через окрему згоду, яку ви надаєте нам або іншій третій стороні, ми будемо використовувати та розкривати вашу інформацію Part 2 лише в обсязі, дозволеному вами у вашій згоді, наданій нам.

За жодних обставин ми не будемо використовувати або розкривати вашу інформацію Part 2 або свідчення з інформації, що міститься у записах вашої Програми Part 2, у будь-яких цивільних, кримінальних, адміністративних або законодавчих провадженнях будь-яким федеральним, державним або місцевим органом проти вас, якщо це не дозволено вами або не санкціоновано судовим наказом після того, як вам буде надано повідомлення про такий судовий наказ.

Використання вашої інформації для нашого маркетингу. Ми не можемо використовувати або розкривати вашу медичну інформацію для маркетингових цілей, якщо не маємо вашого письмового дозволу.

Продаж вашої інформації. Ми не можемо продавати вашу медичну інформацію, якщо не маємо вашого письмового дозволу.

Інші способи використання та розкриття вашої медичної інформації

Чутлива інформація. Деякі види медичної інформації є дуже чутливими та підлягають додатковому захисту. Закон може вимагати, щоб ми отримали ваш письмовий дозвіл для поширення цієї інформації. Чутлива медична інформація може включати генетичне тестування; тестування, діагностику або лікування ВІЛ/СНІД; психічні розлади; зловживання алкоголем та наркотичними речовинами; сексуальне насильство; або екстракорпоральне запліднення. Ваш дозвіл також потрібен для використання та поширення нотаток психотерапії.

Зміни до цього повідомлення

Ми можемо змінювати наші політики конфіденційності, процедури та це повідомлення в будь-який час, і ці зміни застосовуватимуться до всієї інформації, яку ми маємо про вас. Якщо ми змінимо це повідомлення, нове повідомлення буде розміщене на нашому вебсайті, і ми надішлемо вам копію поштою.

Що робити, якщо мені потрібно повідомити про проблему?

Якщо ви незадоволені та подаєте скаргу, ми не будемо використовувати вашу скаргу проти вас.

Якщо ви вважаєте, що CountyCare порушила ваші права на конфіденційність, викладені в цьому повідомленні, ви можете подати скаргу до CountyCare або до Управління з громадянських прав Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США. Ви можете зробити це, надіславши листа за адресою:

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

Ви також можете зателефонувати за номером 877-696-6775 або відвідати <https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> для подання скарги.

Ви можете зв'язатися з Офісом корпоративного дотримання правил Cook County Health та/або з Уповноваженим з питань конфіденційності Cook County Health, щоб обговорити будь-які ваші занепокоєння, використовуючи наведену нижче інформацію:

Cook County Health & Hospitals System
1950 W. Polk St., Suite 9217

Chicago, IL 60612

Телефон: 1-877-476-1873
compliance@cookcountyhhs.org