

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В настоящем уведомлении содержится описание порядка использования и предоставления информации о состоянии вашего здоровья, а также получения вами доступа к ней. Внимательно ознакомьтесь с этим документом.

В компании Unity Care NW уважают вашу конфиденциальность и понимают, что информация о состоянии вашего здоровья носит очень деликатный характер. Мы не будем использовать или предоставлять вашу информацию другим лицам без вашего разрешения, за исключением случаев, описанных в настоящем уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности, либо если это требуется законодательством.

Законодательство защищает конфиденциальность информации о состоянии здоровья, которую мы создаем или получаем при предоставлении вам обслуживания и услуг. Например, к защищаемой информации о состоянии здоровья относятся сведения о симптомах, результаты анализов, диагнозы, описание лечения, информация о состоянии здоровья от других поставщиков услуг, а также платежная информация и информация об оплате, относящаяся к полученным услугам.

Ваши права на конфиденциальность

У вас есть определенные права в отношении информации о состоянии здоровья. В этом разделе описываются ваши права и некоторые наши обязанности по оказанию вам помощи.

Получение электронной или бумажной копии вашей медицинской карты

- Вы можете требовать посмотреть или получить электронную или бумажную копию вашей медицинской карты и другой информации о состоянии вашего здоровья, которая находится в нашем распоряжении. Спросите у нас, как это сделать.

Обычно мы предоставляем копию или краткое изложение информации о состоянии вашего здоровья в течение 15 дней с момента получения запроса. Мы можем взимать разумную, основанную на издержках плату. UCNW может освободить от этой платы пациентов, которые докажут, что они испытывают финансовые трудности.

Запрос на отправку электронной или бумажной копии вашей медицинской карты третьей стороне

- Вы можете требовать отправить электронную или бумажную копию вашей медицинской карты и другой информации о состоянии вашего здоровья, которая находится в нашем распоряжении, другой стороне, например врачу или адвокату. Спросите у нас, как это сделать.

Запрос на исправление информации в вашей медицинской карте

- Вы можете требовать исправления информации о состоянии вашего здоровья, которую вы считаете недостоверной или неполной. Спросите у нас, как это сделать.
- Мы можем отклонить ваш запрос, но изложим причины такого отказа в письменной форме в течение 60 дней.

Запрос на конфиденциальное общение

- Вы можете требовать, чтобы мы общались с вами определенным способом (например, звонили на домашний или рабочий телефон) либо отправляли сообщения на другой адрес.
- Мы удовлетворим все разумные запросы.

Запрос на ограничение используемой или предоставляемой информации

- Вы можете требовать, чтобы мы не использовали или не предоставляли определенную информацию о состоянии вашего здоровья, относящуюся к лечению, оплате или нашим операциям. Мы не обязаны удовлетворять ваш запрос и можем отклонить его, если его удовлетворение негативно скажется на вашем обслуживании.
- Если вы оплачиваете услуги или медицинскую продукцию полностью наличными, вы можете требовать, чтобы мы не предоставляли эту информацию вашей страховой медицинской организации в целях оплаты или выполнения наших операций. Мы можем удовлетворить ваш запрос, если только предоставление такой информации не требуется законодательством.

Получение списка лиц, которым мы предоставили информацию

- Вы можете требовать получения списка (отчета) с указанием всех случаев предоставления информации о состоянии вашего здоровья, наименования лиц, которым она была предоставлена, и причин такого предоставления за шесть лет до даты запроса.
- Мы внесем в отчет все случаи предоставления информации, за исключением случаев предоставления информации о лечении, оплате и медицинских операциях, а также некоторых других случаев предоставления информации (например, выполненных по вашему запросу). Мы предоставляем один отчет в год бесплатно, за предоставление еще одного в течение 12 месяцев по запросу мы взимаем разумную, основанную на издержках плату.

Получение копии настоящего уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности

- Вы можете требовать получения бумажной копии настоящего уведомления в любое время, даже если согласились получить уведомление в электронной форме. Мы незамедлительно предоставим вам бумажную копию.

Выбор представителя, действующего от вашего имени

- Если вы предоставили другому лицу доверенность на представление ваших интересов как пациента или если вы имеете законного опекуна, это лицо может пользоваться вашими правами и принимать решения в отношении вашей информации о состоянии вашего здоровья.
- Мы проверим наличие у соответствующего лица необходимых полномочий, дающих ему право действовать от вашего имени, прежде чем будем предпринимать какие-либо действия.

Если вам меньше 18 лет, у вас есть право на получение определенных услуг в Unity Care NW без участия родителей или их разрешения. *

- Лечение заболеваний, передающихся половым путем (14 лет и старше).
- Услуги по предупреждению беременности (в любом возрасте).
- Психиатрические услуги (13 лет и старше).
- Услуги по решению проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем или наркотиками (13 лет и старше).

Если у вас есть какие-либо вопросы, рекомендуем вам обратиться к своему поставщику медицинских услуг.

*См. свод законов штата Вашингтон с поправками: RCW 70.24.110; RCW 9.02.100(1); RCW 71.34.530; RCW 70.96A.230

Подача жалоб в случае предполагаемого нарушения прав

- Если вам кажется, что ваши права нарушили, вы можете обратиться к сотруднику по защите конфиденциальности информации, написав на адрес, указанный в конце настоящего уведомления, или позвонив по номеру 360-788-2663.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, направив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру 1-877-696-6775 или посетив веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Мы не будем предпринимать против вас ответные меры за подачу жалобы.

Ваш выбор

Вы можете определить свои предпочтения в отношении предоставления нами определенной информации о состоянии вашего здоровья. Если вы предпочитаете какой-то способ предоставления нами относящейся к вам информации в описанных ниже ситуациях, сообщите нам. Расскажите нам, что мы должны делать, и мы будем следовать вашим инструкциям. В таких случаях у вас есть право и выбор поручить нам:

- предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья членам вашей семьи, близким друзьям и прочим лицам, принимающим участие в вашем обслуживании;
- предоставлять информацию при возникновении чрезвычайных ситуаций;
- включать вашу информацию в каталог учреждения (если это применимо).

Если вы не имеете возможности сообщить нам о своих предпочтениях, например пребываете в бессознательном состоянии, мы можем по собственной инициативе предоставить информацию о вас, если сочтем, что такое предоставление отвечает вашим наилучшим интересам. При необходимости мы также можем предоставлять информацию о вас в целях снижения уровня серьезной и неизбежной угрозы вашему здоровью и безопасности.

В следующих случаях мы можем предоставлять информацию о вас только при наличии вашего письменного разрешения:

- для маркетинговых целей, не относящихся к планам страхования, в которых вам предлагается информация о покрытии;
- для продажи информации о вас;
- в большинстве случаев предоставления данных о психическом здоровье, злоупотреблении алкоголем или наркотиками, а также данных, относящихся к заболеваниям, передающимся половым путем.

В случае сбора средств:

- мы можем обратиться к вам в рамках осуществления инициатив по сбору средств, но вы можете попросить нас больше не обращаться к вам.

Использование и предоставление информации

Как мы обычно используем или предоставляем информацию о состоянии вашего здоровья?

Как правило, мы используем или предоставляем информацию о состоянии вашего здоровья в указанных ниже случаях.

Ваше лечение

Мы можем использовать информацию о состоянии вашего здоровья и предоставлять ее специалистам, которые занимаются вашим лечением.

Пример. Врач, лечащий вашу травму, обращается к другому врачу за информацией о вашем общем состоянии здоровья.

Управление нашей организацией

Мы можем использовать и предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья в целях осуществления нашей деятельности, улучшения вашего обслуживания и обращения к вам при необходимости. Мы можем звонить вам, отправлять текстовые сообщения на указанные вами номера телефонов и адреса электронной почты, а также направлять письма через почтовую службу США.

Пример. Мы используем информацию о состоянии вашего здоровья в целях контроля за предоставляемым вам лечением и услугами, выдачи вам напоминаний о предстоящих приемах и предложения вам услуг, связанных с вашим обслуживанием, в UCNW.

Оплата за оказываемые услуги

Мы можем использовать и предоставлять информацию о состоянии здоровья для выставления вам счетов и получения платежей в рамках планов медицинского страхования или от других учреждений.

Пример. Мы предоставляем информацию о вас страховой организации, которая разработала для вас план медицинского страхования, чтобы она смогла оплатить оказанные вам услуги.

Как еще мы можем использовать или предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья?

Мы имеем право или обязаны предоставлять информацию о вас другими способами: как правило, в контексте повышения уровня общего благосостояния, в частности, для обеспечения здоровья населения или в рамках научно-исследовательской деятельности. Мы должны обеспечить соответствие целому ряду законодательных норм, прежде чем сможем предоставлять информацию о вас в подобных целях. Дополнительную информацию см. на веб-сайте www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Помощь в решении проблем здоровья населения и безопасности

Мы можем предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья в определенных случаях, например:

- для профилактики заболеваний;
- для оказания помощи при отзыве продукции;
- для сообщения о нежелательных реакциях на лекарственные препараты;
- для сообщения о предполагаемых случаях жестокого обращения, халатности или насилия в семье;
- для предотвращения или уменьшения серьезной угрозы здоровью или безопасности любых лиц.

Научно-исследовательская деятельность

Мы можем использовать или предоставлять информацию о вас в рамках научно-исследовательской деятельности.

Соблюдение требований законодательства

Мы предоставляем информацию о вас в соответствии с требованиями законодательства штата или федерального законодательства, в том числе в ответ на требования Министерства здравоохранения и социального обеспечения, контролирующего соблюдение нами федерального закона о конфиденциальности.

Реагирование на запросы о донорстве органов и тканей

Мы можем предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья организациям трансплантационной координации.

Сотрудничество с судмедэкспертами и директорами похоронных служб

Мы можем предоставлять информацию о состоянии здоровья судебным следователям, судмедэкспертам или директорам похоронных служб в случае смерти человека.

Работа с запросами работников о компенсациях, запросами правоохранительных и прочих государственных органов

Мы можем использовать или предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья в следующих случаях:

- для обработки страховых требований работников;
- в целях правоприменения или в рамках сотрудничества с официальным представителем правоохранительных органов;
- в рамках сотрудничества с органами, контролирующими деятельность учреждений здравоохранения, разрешенную законодательством;
- в рамках реализации специальных государственных функций, например организации военной обороны, мероприятий по обеспечению национальной безопасности и охраны первых лиц государства.

Реагирование на иски и прочие судебные инициативы

Мы можем предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья во исполнение постановлений суда, предписаний административных органов или же в ответ на вызов в суд.

Наши обязанности

- Согласно закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность защищаемой информации о состоянии вашего здоровья.
- Если произойдет нарушение, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность информации, мы незамедлительно сообщим вам об этом.
- Мы должны выполнять обязанности и соблюдать правила обеспечения конфиденциальности, описанные в настоящем уведомлении, а также предоставить вам его копию.
- Мы не будем использовать или предоставлять вашу информацию другими способами, кроме описанных здесь, без вашего соответствующего разрешения в письменной форме. Если вы предоставите такое разрешение, вы все равно можете изменить свое решение в любое время. Если вы измените свое решение, сообщите нам об этом в письменной форме.

Дополнительную информацию см. на веб-сайте www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Изменения условий настоящего уведомления

Мы можем изменить условия настоящего уведомления; измененные условия будут применимы ко всей относящейся к вам информации, которая находится в нашем распоряжении. Новое уведомление можно будет получить по запросу в нашем офисе либо на нашем веб-сайте www.UnityCareNW.org.

ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ: 01.03.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сотрудник по защите конфиденциальности информации

Unity Care NW

1616 Cornwall Avenue, Suite 205

Bellingham, WA 98225

(360) 788-2663