

Уведомление о правилах

Введение

В этом уведомлении описывается, как защищенная медицинская информация (Protected Health Information, PHI) может использоваться и раскрываться и как вы можете получить доступ к этой информации. Внимательно ознакомьтесь с уведомлением.

Согласно закону Общественный медицинский центр округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County, CHC) обязан:

- Защищать конфиденциальность вашей информации
- Предоставить данное уведомление о наших правилах конфиденциальности
- Соблюдать правила конфиденциальности, описанные в данном уведомлении
- Уведомлять о любых случаях возможного нарушения конфиденциальности медицинской информации пациентов

Для получения дополнительной информации о нашей практике конфиденциальности или дополнительных копий данного Уведомления, пожалуйста, свяжитесь с нами, используя информацию, указанную в конце данного Уведомления.

Использование и раскрытие информации без вашего письменного разрешения

Вот некоторые примеры случаев, в которых мы можем использовать и передавать вашу защищенную медицинскую информацию (PHI) без вашего разрешения.

Для связи с вами: Мы можем использовать вашу защищенную медицинскую информацию для связи с вами. Например, мы можем звонить вам, отправлять вам текстовые сообщения или письма с напоминаниями о назначенных приемах, а также для передачи результатов анализов, информации о вариантах лечения или о мероприятиях или об услугах по медицинскому просвещению.

Для лечения: Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в рамках предоставления вам лечения. К примеру, мы можем изучать и использовать вашу защищенную медицинскую информацию о предыдущем медикаментозном лечении для постановки диагноза, реализации лечения и предоставления вам медицинских услуг. Мы также можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию другим медицинским работникам, которые оказывают вам медицинскую помощь.

В целях взимания оплаты: Мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию в ряде обстоятельств и при выполнении определенных действий, как то: определение рамок страхового покрытия, обеспечение оплаты за предоставленные услуги, управление компенсационными запросами и возмещение затрат. Например, мы можем проинформировать ваш план медицинского страхования о курсе

лечения, который вам может быть назначен, чтобы определить, распространяется ли на такое лечение обеспечиваемое планом страховое покрытие. Мы также можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию для запроса или получения оплаты от вашего плана медицинского страхования.

Для выполнения операций / действий в сфере здравоохранения:

Мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию для планирования, проверки и улучшения качества наших операций и услуг. Например, мы можем использовать защищенную медицинскую информацию для оценки качества работы нашего персонала и предоставляемых услуг.

Для сбора средств: Мы можем использовать защищенную медицинскую информацию, чтобы связаться с вами в рамках кампаний по привлечению средств для осуществления нашей деятельности. Мы также можем раскрывать защищенную медицинскую информацию связанным с нами фондам, чтобы те могли связаться с вами в рамках кампаний по привлечению средств для осуществления их деятельности. Все материалы, посвященные кампаниям по сбору средств, будут включать в себя описание действий, которые вы можете предпринять, чтобы более не получать корреспонденцию, связанную с кампаниями по сбору / привлечению средств.

Во исполнение требований законодательства, или если использование / раскрытие информации разрешено законом:

Мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию, если от нас того требует закон, либо если такое использование / раскрытие разрешено законом. К примеру, мы можем раскрыть защищенную медицинскую информацию компетентным органам, если у нас есть основания полагать, что вы являетесь жертвой жестокого или пренебрежительного обращения или бытового насилия или же возможной жертвой других преступлений. Также мы можем раскрыть защищенную медицинскую информацию в минимальном объеме, необходимом для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью или безопасности, или же для предотвращения угрозы здоровью или безопасности окружающих.

Другие случаи раскрытия информации, разрешенные или требуемые законом:

- В рамках деятельности органов надзора в сфере здравоохранения, осуществляющих лицензирование и аудит
- В рамках деятельности в сфере здравоохранения
- В рамках деятельности по надзору и контролю в сфере здравоохранения
- В контексте деятельности правоохранительных органов, если такое раскрытие требуется или разрешено законом
- При проведении исследований, одобренных ведомственным наблюдательным советом
- Во исполнение заявлений о возмещении ущерба работникам
- В рамках деятельности военных ведомств или ведомств в сфере национальной безопасности
- В рамках деятельности следственных органов, медицинских экспертов и руководства бюро ритуальных услуг

Уведомление о правилах

Использование и раскрытие информации без вашего письменного разрешения (с правом возражения)

Если вы недееспособны, а также в чрезвычайных ситуациях мы раскроем вашу защищенную медицинскую информацию в соответствии с ранее выраженными вами предпочтениями, которые известны нам, а также исходя из ваших интересов, определенных нашим экспертным мнением. Мы также будем руководствоваться нашим экспертным мнением и нашим опытом, обоснованно ссылаясь на ваши интересы при принятии решений о допуске тех или иных лиц к получению лекарственных средств по выписанным вам рецептам.

Члены семьи и прочие лица, участвующие в уходе за вами. Мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для уведомления или для помощи в поиске членов семьи или других лиц, ответственных за ваш уход, чтобы сообщить им о вашем местонахождении, общем состоянии здоровья или смерти.

Мероприятия по ликвидации последствий чрезвычайных происшествий. Мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ государственным или частным структурам, обладающим необходимыми полномочиями в

соответствии с законом или уставом, которые принимают участие в мероприятиях по ликвидации последствий чрезвычайных происшествий на уровне координации мер по информированию ваших членов семьи о вашем местонахождении, вашем общем состоянии здоровья или же о вашей смерти.

Использование и раскрытие информации, требующие вашего письменного разрешения

Записи психотерапевта. Как правило, мы обязаны получить ваше разрешение на использование или раскрытие записей психотерапевта; исключения составляют следующие обстоятельства / случаи: (1) данные использует / раскрывает сам автор в целях лечения, (2) в контексте реализации наших собственных обучающих программ, в рамках которых студенты, получающие специальности, которые связаны с психическим здоровьем, стажеры и практиканты под наблюдением учатся применять на практике или улучшают свои навыки и умения, (3) с целью нашей защиты в судебных разбирательствах, инициированных вами, (4) в соответствии с требованиями законодательства, (5) контрольным органам в сфере здравоохранения в контексте контроля автора записей / данных, (6) следователям или судебным медицинским экспертам; или (7) для предотвращения или сокращения серьезной или непосредственной угрозы здоровью или безопасности лица или окружающих.

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА

Уведомление о правилах

Маркетинг. Перед использованием вашей ЗМИ в маркетинговых целях или перед ее продажей мы должны получить ваше письменное разрешение в соответствии с применимыми определениями и исключительными условиями с соответствии с Законом о передаче данных и отчетности в сфере медицинского страхования (HIPAA).

Другие случаи использования и раскрытия. В иных случаях, помимо описанных выше, использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации может иметь место только с вашего письменного разрешения. Так, вам необходимо подписать форму разрешения до того, как мы отправим ЗМИ в вашу компанию по страхованию жизни или вашему адвокату. Вы можете отозвать такое разрешение в любой момент, предоставив нам письменное уведомление об отзыве разрешения.

Ваши индивидуальные права

Право на изучение и копирование. Вы можете запросить о доступе к имеющимся у нас вашим медицинским данным и данным о фактурировании услуг, которые вы можете изучить и скопировать. Все запросы о доступе к данным должны оформляться в письменном виде. В ограниченных случаях мы можем отказать вам в доступе к вашим данным. Мы можем затребовать плату за копирование и пересылку вам любых запрошенных данных.

Право на альтернативные способы обмена информацией.

Вы можете запросить, а мы удовлетворим любой целесообразный и оформленный в письменном виде запрос, формулирующий ваше желание получать защищенную медицинскую информацию, используя альтернативные способы обмена информацией или же альтернативные адреса.

Право запроса ограничений. Вы имеете право запросить об ограничении объема защищенной медицинской информации, которую мы используем или раскрываем в целях лечения, оформления счетов за обслуживание или для реализации других релевантных операций / действий в сфере здравоохранения. Запросы об ограничении объема информации должны оформляться в письменном виде и направляться на имя ответственного за соблюдение норм и правил в адрес Compliance Office, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Мы не обязаны удовлетворять ваши запросы, однако, мы можем удовлетворить такие запросы в следующих случаях: если вы запрашиваете об ограничении объемов защищенной медицинской информации, раскрываемой планам медицинского страхования в целях обеспечения платы за обслуживание или реализации иных операций / действий в сфере здравоохранения, если такое раскрытие не является необходимым по закону, и если защищенная медицинская информация относится исключительно к помощи или услугам в сфере здравоохранения, которые полностью оплачены вами или иным лицом или организацией от вашего имени.

Право на отчеты в связи с раскрытием информации. По письменному запросу вы можете получить отчет о случаях раскрытия нами вашей защищенной медицинской информации, имевших место за последние шесть лет (при условии соблюдения определенных ограничивающих и лимитирующих условий).

Право запроса поправок. Вы имеете право запросить о внесении поправок в вашу защищенную медицинскую информацию. Ваш запрос, который в обязательном порядке должен быть оформлен в письменном виде, должен разъяснять причины, по которым в вашу информацию должны быть внесены поправки. При определенных обстоятельствах мы можем отказать вам в удовлетворении вашего запроса.

Право на уведомление. Вы имеете право на получение бумажной копии настоящего уведомления, в связи с чем вы можете в любое время выслать соответствующий запрос в Общественный центр здравоохранения по адресу: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Право на получение уведомления об утечке информации.

По федеральному законодательству мы обязаны проинформировать вас, если нам станет известно об утечке вашей незащищенной PHI.

Вопросы или жалобы

Если вы хотите получить дополнительную информацию о ваших правах на конфиденциальность информации, или же подозреваете, что права на неприкосновенность личной жизни были нарушены, вы можете обратиться на горячую линию нашего Отдела по вопросам соблюдения норм и правил (Compliance Office Privacy Line) по телефону 425-789-3774. Вы также можете подать письменную жалобу в Бюро гражданских прав (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и обслуживания населения США (U.S. Department of Health and Human Services).

В случае подачи вами жалобы в наш профильный отдел или же в Бюро OCR какие бы то ни было встречные / ответные действия в отношении вас приниматься не будут. Адрес регионального отделения Бюро OCR в штате Вашингтон:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831

Дата вступления в силу и изменения настоящего уведомления

Дата вступления в силу. Настоящее уведомление действительно с 8 сентября 2023 г.

Изменения к настоящему Уведомлению. Мы можем изменить условия и формулировки настоящего уведомления в



Уведомление о правилах

любое время. Если мы внесем изменения в Уведомление, мы можем применить новые условия / формулировки уведомления ко всей защищенной медицинской информации, имеющейся в нашем распоряжении, в том числе к информации, созданной или полученной нами до выхода нового редакции уведомления. Если мы внесем изменения в настоящее Уведомление, мы опубликуем уведомление в новой редакции в зоне ожидания нашего учреждения и на нашем веб-сайте по адресу www.chcsno.org. Вы также можете получить уведомление в новой редакции, связавшись с общественным центром здравоохранения Community Health Center of Snohomish County по адресу: 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Форма OPS 202A (ред. 09/23)