



**L.A. Care**  
HEALTH PLAN®

# Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией



**В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ПРИВЕДЕНЫ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАЗГЛАШЕНИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ, СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ И ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ВАШИХ МЕДИЦИНСКИХ ЛЬГОТ, А ТАКЖЕ СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К ДАННОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТИТЕ ВСЕ ВНИМАТЕЛЬНО.**

Местная инициатива органов здравоохранения округа Лос-Анджелес, бюджетная структура, действующая и ведущая свою деятельность в качестве плана медицинского обслуживания L.A. Care Health Plan (L.A. Care), предоставляет вам медицинские льготы и страховое покрытие в рамках программ штата, федеральных и коммерческих программ. Мы придаем большое значение защите вашей конфиденциальной медицинской информации (Protected Health Information, PHI). План L.A. Care обязан предоставить вам это уведомление о ваших правах и некоторых наших обязанностях по защите вашей PHI, включая уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией согласно законодательству штата Калифорния и закону по обеспечению доступности и подотчётности в медицинском страховании (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). В данном уведомлении описано, как мы можем использовать и передавать вашу PHI. Здесь также рассказывается о ваших правах. Возможно, у вас есть дополнительные или более строгие права на сохранение конфиденциальности согласно законодательству штата.

## **I. Ваша PHI носит личный и конфиденциальный характер.**

План L.A. Care получает PHI, которая является вашей личной информацией, например, ваши имя и фамилию, контактные данные, личные факты и финансовую информацию, из нескольких источников, включая органы штата, федеральные органы и местные агентства, когда вы получаете право на участие либо вас определяют или регистрируют в программе L.A. Care. Мы также получаем PHI о вас, которую вы сами нам предоставляете. Кроме того, мы получаем PHI от поставщиков медицинских услуг, включая врачей, клиники, больницы, лаборатории и другие страховые компании или плательщиков. Мы используем эту информацию для координации, одобрения, оплаты и улучшения вашего медицинского обслуживания, а также для контакта с вами. Мы не можем использовать ваши генетические данные для принятия решения о предоставлении вам страхового медицинского покрытия или стоимости этого покрытия. Иногда мы можем получить информацию о вашей расовой принадлежности, национальности или вашем родном языке. Мы можем использовать эту информацию для того, чтобы помочь вам, связаться с вами и выяснить ваши потребности, например, предоставить вам образовательные материалы на предпочитаемом вами языке и предложить бесплатные услуги переводчика. Мы используем и передаем эту информацию в соответствии с данным уведомлением. Мы не будем использовать эту информацию для принятия решения о предоставлении вам страхового покрытия или стоимости этого покрытия.

## **II. Как мы защищаем вашу PHI**

План L.A. Care считает защиту вашей PHI своей обязанностью. Мы соблюдаем конфиденциальность и безопасность PHI наших текущих и бывших участников в соответствии с требованиями законодательства и нормами аккредитации. Мы используем физические и электронные средства защиты, и наши сотрудники регулярно проходят тренинги на тему защиты и передачи PHI. Способы защиты PHI включают обеспечение безопасности служебных помещений, использование замков для рабочих столов и сейфов, паролей для защиты компьютеров и других электронных устройств, а также предоставление доступа только к той информации, которая необходима сотрудникам для выполнения работы. Там, где этого требует законодательство, когда с нами работают наши деловые партнеры, они тоже должны обеспечивать конфиденциальность любой PHI, которую мы им передаем, и они не имеют права передавать PHI другим лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством и указанных в этом уведомлении. В соответствии с законодательством мы сообщим вам о любом нарушении, связанном с вашей незащищенной PHI. Мы будем соблюдать положения этого уведомления и будем использовать или передавать вашу информацию только в тех случаях, которые описаны в этом уведомлении или предусмотрены законами штата и федеральным законодательством, либо в соответствии с полученным от вас разрешением.

## **III. Изменения в данном Уведомлении о порядке обращения с конфиденциальной информацией**

План L.A. Care должен соблюдать положения текущего уведомления. Мы имеем право в любой момент внести изменения в данное уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией. Любые изменения будут применимы к вашей PHI, включая PHI, которую мы получили до внесения изменений. Мы сообщим вам о внесенных изменениях в новостной рассылке, письме или на нашем веб-сайте. Вы также можете попросить нас предоставить копию этого уведомления, используя контактную информацию, которая приводится ниже.

## **IV. Как мы можем использовать и передавать вашу PHI**

L.A. Care собирает, использует и передает PHI в соответствии с законодательством для лечения, оплаты и организации медицинского обслуживания, связанного с программой, в которой вы зарегистрированы. PHI, которую мы используем и передаем, включает, в частности, следующие данные:

- имя и фамилия;
- адрес;
- дата рождения;
- полученное обслуживание и лечение;
- история болезни;
- стоимость/оплата услуг;
- информация о расовой/этнической принадлежности;
- язык;
- пол на момент рождения;
- гендерная идентичность;
- сексуальная ориентация; и
- местоимения.

## **Какими способами мы обычно используем и передаем РНИ:**

Обычно мы используем и передаем РНИ следующим образом:

- **Лечение.** Мы не предоставляем лечение, но можем использовать и передавать РНИ поставщикам медицинских и других услуг, включая врачей, больницы, поставщиков медицинского оборудования длительного пользования и других поставщиков, предлагающих вам уход, лечение и другие услуги и информацию для оказания вам помощи.
- **Оплата.** Мы можем использовать и предоставлять РНИ поставщикам медицинских и других услуг, а также страховым компаниям и плательщикам для обработки запросов на оплату и для оплаты предоставленных вам медицинских услуг.
- **Организация медицинского обслуживания.** Мы можем использовать и передавать РНИ для управления нашей организацией и вступления с вами в контакт при необходимости, например, для проведения ревизий, повышения качества обслуживания, управления медицинским обслуживанием, координации услуг и повседневной работы. Мы можем использовать и передавать РНИ в программы штата, федеральные и окружные программы в целях участия и администрирования программ.

## **Примеры использования РНИ:**

- Для предоставления информации врачу или больнице для подтверждения ваших льгот, доли в совместной оплате или франшизы.
- Для заблаговременного одобрения услуги.
- Для обработки и оплаты страховых требований по услугам здравоохранения и лечению, которые было вам предоставлено.
- Для передачи РНИ врачу или больнице, чтобы они могли вас лечить.
- Для проверки качества обслуживания и услуг, которые вы получаете.
- Для оказания вам помощи и предоставления образовательной и оздоровительной информации и услуг, например, о таких заболеваниях, как диабет.
- Для информирования вас о дополнительных услугах и программах, которые могут быть вам интересны и (или) полезны, например, фитнес-класс в центре семейных ресурсов L.A. Care.
- Для напоминания о плановых оценках состояния здоровья, скринингах и (или) осмотрах.
- Для разработки программ и инициатив, направленных на повышение качества обслуживания, включая создание,

использование или передачу обезличенных данных в соответствии с HIPAA.

- Для использования и передачи информации прямым либо косвенным образом биржам медицинской информации для лечения, оплаты и организации медицинского обслуживания.
- Для расследования и осуществления уголовного преследования по делам о мошенничестве, растрате или злоупотреблении.

## **V. Другие случаи использования и передачи PHI**

Мы имеем право или обязаны предоставлять вашу PHI в других случаях, обычно для общественного блага, например, для защиты здоровья населения и проведения исследований. Мы также можем использовать и передавать вашу PHI в следующих целях:

- Для соблюдения федерального законодательства, законодательства штата или местных законов.
- По требованию правоохранительных органов, например, полиции, военных или национальных органов безопасности, федерального агентства или органа, органа штата или местного самоуправления, например, комиссии по компенсационным выплатам работникам или агентству по надзору в сфере здравоохранения, для проведения мероприятий, разрешенных законодательством, и в соответствии с судебным или административным приказом.
- Для ответа на запрос Министерства здравоохранения и социального обеспечения, если оно хочет убедиться в том, что мы соблюдаем федеральный закон о конфиденциальности.
- Для содействия отзыву продукции.
- Для уведомления о негативных реакциях на лекарственные средства.
- Чтобы сообщить о подозреваемом жестоком или небрежном обращении или домашнем насилии в той мере, в которой этого требует или разрешает закон.
- Для проведения исследований в сфере здравоохранения.
- Для удовлетворения запросов о донорстве органов и тканей, а также для содействия работе судмедэксперта или начальника похоронного бюро.
- В связи с жалобами, расследованиями, судебными исками и правовыми действиями.
- Для предотвращения или снижения серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.

## VI. Контакт с вами

Мы можем использовать РНИ для того, чтобы сообщить вам или вашему уполномоченному лицу о льготах, услугах, выборе поставщика медицинских услуг, выставлении счетов и оплате. Общаясь с вами, план L.A. Care будет соблюдать все надлежащие положения законодательства, включая Закон о защите потребителей телефонной связи (Telephone Consumer Protection Act, TCPA). Мы можем вступать с вами в контакт посредством писем, новостных рассылок, брошюр, а также следующими способами:

- **Телефонные звонки.** Если вы сообщили нам свой номер телефона (включая номер телефона, предоставленный нам опекуном или уполномоченным лицом), включая ваш мобильный телефон, мы, включая наши филиалы и субподрядчиков, действующих от нашего имени, можем звонить вам, включая системы автоматического набора телефонных номеров или искусственного голоса в соответствии с применимым законодательством. Ваш поставщик мобильной телефонной связи может брать с вас плату за получение звонков. Для получения более подробной информации обратитесь к поставщику мобильной телефонной связи. Если вы не хотите, чтобы к вам обращались таким образом, скажите об этом звонящему либо обратитесь к нам, чтобы вас включили в наш список лиц, не желающих получать звонки.
- **Текстовые сообщения.** Если вы сообщили нам свой мобильный номер телефона (включая номер телефона, предоставленный нам опекуном или уполномоченным лицом), мы, включая наши филиалы и субподрядчиков, действующих от нашего имени, можем посылать вам текстовые сообщения в определенных целях, включая напоминания, варианты лечения и услуг, напоминания об оплате страховых взносов или подтверждение о ее получении, в соответствии с применимым законодательством. Ваш поставщик мобильной телефонной связи может брать с вас плату за получение текстовых сообщений. Для получения более подробной информации обратитесь к поставщику мобильной телефонной связи. Если в какой-либо момент вы не захотите получать текстовые сообщения, перейдите по ссылке в сообщении, чтобы отменить подписку или отправьте в ответ сообщение «STOP», чтобы перестать их получать.
- **Электронная почта** Если вы сообщили нам свой адрес электронной почты (включая адрес, предоставленный нам опекуном или уполномоченным лицом), мы можем в некоторых ограниченных случаях посылать вам материалы о регистрации, участии, поставщиках услуг, просветительные материалы, а также напоминания или подтверждения о получении оплаты, в том случае если вы дадите нам согласие на получение их в электронном формате. Ваш поставщик услуг интернета, электронной почты или мобильной телефонной связи может брать плату за получение сообщений по электронной почте. Для получения более подробной информации обратитесь к

поставщику услуг интернета, электронной почты или мобильной телефонной связи. Вы подтверждаете и согласны с тем, что, если вы пользуетесь незашифрованным адресом электронной почты и (или) компьютером или получаете доступ к своей электронной почте на мобильном устройстве, либо пользуетесь общим аккаунтом электронной почты, компьютером или мобильным телефоном вместе с другими людьми, существует риск того, что кто-либо другой может получить доступ к вашей РНИ, и вы принимаете этот риск и отказываетесь от защиты, которую можете иметь по закону. Если в какой-либо момент вы не захотите получать сообщения по электронной почте, нажмите на ссылку «Unsubscribe (Отмена подписки)» внизу сообщения, чтобы больше не получать информацию по электронной почте.

## VII. Письменное разрешение

Если мы захотим использовать или передать вашу РНИ в целях, не указанных в этом уведомлении, мы должны будем получить ваше письменное разрешение. Например, письменное разрешение необходимо для использования или передачи РНИ в целях рекламы или продажи. Для использования или передачи записей о психотерапевтическом лечении тоже потребуется ваше письменное разрешение. Если вы дадите нам разрешение, вы можете в любой момент отменить его, направив письменный запрос, и мы прекратим использовать или передавать вашу РНИ для данной цели после получения и обработки вашего запроса. Однако, если мы уже использовали или передали вашу РНИ с вашего разрешения, мы не можем отменить действие, которое уже произошло до того, как вы отменили данное вами разрешение.

## VIII. Ваши права

У вас есть следующие права в отношении вашей РНИ и способов ее использования и передачи. Вы имеете право:

- **Получить копию медицинской документации и страховых требований.** Вы можете попросить, чтобы вам показали или сделали копию вашей РНИ. Мы предоставим вам краткую версию медицинской документации и страховых требований. Мы можем не разгласить какую-то информацию или документы, если это разрешено законом, или можем быть не в состоянии предоставить какую-нибудь конкретную информацию в определенной форме, формате или средствах передачи информации. Мы можем взять разумную плату за копирование и отправку вам РНИ.

*План L.A. Care не хранит полную версию вашей медицинской документации. Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг, если вы хотите ознакомиться, получить копию или исправить ошибку в вашей медицинской документации.*

- **Попросить нас исправить медицинскую документацию и страховое требование.** Если вы считаете, что в вашей РНИ допущена ошибка, вы имеете право попросить нас ее исправить. Если мы не сможем внести изменение в вашу информацию,



например, исправить диагноз, поставленный врачом, мы сообщим вам об этом в письменном виде. Если мы получили эту информацию от кого-либо другого, например, от вашего врача, мы сообщим вам об этом, для того чтобы вы могли попросить его внести исправление.

- **Попросить нас о конфиденциальной форме общения.** У вас есть право просить о том, чтобы мы связывались с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или направляли почтовые отправления по другому адресу. Не каждый запрос может быть удовлетворен, однако мы удовлетворим любой обоснованный запрос, например, если вы сообщите нам, что в противном случае вам грозит опасность.
- **Попросить нас ограничить информацию, которую мы используем или передаем.** У вас есть право попросить нас не использовать или не передавать определенную медицинскую информацию с целью лечения, платежа или организации нашей работы. По закону мы не обязаны согласиться удовлетворить ваш запрос, и можем отказать вам, если это повлияет на ваше обслуживание, оплату страховых требований, основные операции или приведет к нарушению правил, нормативных положений или запросов государственных или правоохранительных органов, либо судебного или административного приказа.
- **Получить список лиц, кому ваша РНИ была передана.** Вы имеете право запросить список (отчет) случаев передачи вашей медицинской информации, кому она была передана, и краткое описание причины. Мы предоставим вам такой список за указанный вами период времени. По закону мы обязаны предоставить вам отчет максимум за шесть (6) лет до даты вашего письменного запроса. Этот список будет включать все случаи разглашения, за исключением передачи информации для проведения лечения, осуществления оплаты или организации медицинского обслуживания, а также случаев передачи информации по вашей просьбе или с вашего разрешения. Один раз в год информация предоставляется бесплатно, однако, можем взимать разумную оплату за любые дополнительные запросы.
- **Получить копию этого уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией.** Вы можете получить бумажную копию этого уведомления, позвонив нам по телефону.
- **Поручить другому человеку действовать от вашего имени.** Если у вас есть доверенное лицо для принятия решений о медицинском обслуживании или законный опекун, этот человек может осуществлять ваши права и принимать решения о вашей РНИ. Мы можем попросить вас или ваше уполномоченное лицо предоставить нам информацию и документы, например, копию судебного приказа об опекунстве. Вам или вашему опекуну потребуется заполнить письменное разрешение. Для того чтобы узнать, как это сделать, позвоните нам по указанному ниже номеру телефона.



## **IX. Деликатные услуги**

Участник, который дал согласие на получение деликатных услуг, не обязан получать разрешение любого другого участника на получение данных услуг или подавать страховое требование. План L.A. Care будет направлять сообщения о деликатных услугах на альтернативный, указанный участником, почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона или, при отсутствии указания, на имя участника по имеющемуся в деле адресу или номеру телефона. План L.A. Care не должен раскрывать медицинскую информацию, связанную с деликатными услугами, любому другому участнику без письменного разрешения участника, получающего данные услуги. План L.A. Care удовлетворит запросы на конфиденциальность коммуникаций в форме и формате по запросу участника, если это возможно сделать, или по альтернативным адресам. Запрос участника на конфиденциальность коммуникаций, связанных с деликатными услугами, будет действительным до тех пор, пока участник не отзовет запрос или не отправит новый запрос на конфиденциальность коммуникаций.

Позвоните нам по телефону, указанному на вашей идентификационной карточке, или напишите нам, чтобы узнать, как подать такой запрос. Вы должны подать запрос в письменном виде и включить в него определенную информацию. Мы можем прислать вам необходимые бланки.

## **X. Жалобы**

Если вы считаете, что мы не защищаем вашу РНИ, вы имеете право подать на нас жалобу, обратившись к нам по адресу:

L.A. Care Member Services  
1055 West 7th Street, 10th Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Телефон: **1.888.839.9909**  
Линия TTY/TDD: **711**

### ***Вы также можете обратиться в:***

Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, посетив следующий веб-сайт: **[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)**.

### ***Участники программы Medi-Cal также могут обратиться в:***

Управление по соблюдению HIPAA Департамента здравоохранения штата Калифорния, посетив следующий веб-сайт: **[dhcs.ca.gov](http://dhcs.ca.gov)**.

## **XI. Не бойтесь воспользоваться своими правами**

План L.A. Care не будет предпринимать против вас каких-либо действий за осуществление прав на конфиденциальность по данному уведомлению или за подачу жалобы.

## **XII. Дата вступления в силу**

Первоначальная дата вступления в силу этого уведомления – 14 апреля 2003 г. В последний раз изменения в это уведомление были внесены 1 ноября 2022г.

## **XIII. Если вы хотите с нами связаться, у вас есть вопросы или вы хотите получить это уведомление на другом языке или в другом формате:**

Если у вас есть вопросы об этом уведомлении или вы хотите получить помощь в осуществлении ваших прав либо бесплатно получить это уведомление на другом языке (арабском, армянском, китайском, фарси, кхмерском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском), напечатанную крупным шрифтом, в аудио- или другом альтернативном формате (по требованию), позвоните или напишите нам по адресу:

L.A. Care Member Services  
1055 West 7th Street, 10th Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Телефон: **1.888.839.9909**  
Линия TTY/TDD: **711**

или

L.A. Care Privacy Officer  
L.A. Care Health Plan  
1055 West 7th Street, 10th Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Телефон: **1.888.839.9909**  
Линия TTY/TDD: **711**

Адрес электронной почты: **PrivacyOfficer@lacare.org**