L.A. Care HEALTH PLAN®

Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией

H1224_2026_Prvcy_NOPP_C_RU

lacare.org

LA0875 RU 09/25

Дата вступления в силу: 15 июля 2025 г.

Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ПРЕДСТАВЛЕН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ, СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ И ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ВАШЕГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И УСЛОВИЯ ПОЛУЧЕНИЯ К НЕЙ ДОСТУПА. ***ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧТИТЕ ВСЕ ВНИМАТЕЛЬНО***.

Местная инициатива органов здравоохранения округа Лос-Анджелес, бюджетная структура, действующая и ведущая свою деятельность в качестве плана медицинского страхования L.A. Care Health Plan (L.A. Care), предоставляет вам медицинские льготы и страховое покрытие в рамках программ штата, федеральных и коммерческих программ. Для нас очень важно обеспечить безопасность вашей конфиденциальной медицинской информации (Protected Health Information, PHI). План L.A. Care обязан предоставить вам данное уведомление о ваших правах и определенных наших обязанностях по обеспечению безопасности вашей PHI, в том числе наши правила соблюдения конфиденциальности информации в штате Калифорния и уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией в контексте Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996 года. В данном уведомлении описано, как мы можем использовать и передавать вашу PHI. Здесь также описаны ваши права. Законодательство штата может предъявлять дополнительные или более строгие требования к соблюдению права на конфиденциальность.

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 учитываем эту информацию при вынесении решений о предоставлении вам услуг медицинского страхования и их стоимости.

II. Как мы защищаем вашу PHI

По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей PHI. Мы стремимся защищать вашу PHI и обеспечиваем безопасность и конфиденциальность PHI всех бывших и действительных участников в соответствии с требованиями законодательства и стандартами аккредитации. Мы применяем физические, технические и административные меры безопасности для обеспечения конфиденциальности вашей PHI, а наши сотрудники регулярно проходят обучение по использованию и обмену 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, за исключением случаев, предусмотренных законодательством и указанных в этом уведомлении. В предусмотренных законодательством случаях мы сообщим вам о фактах нарушения конфиденциальности вашей PHI. Мы будем соблюдать обязанности и правила сохранения конфиденциальности, описанные в настоящем уведомлении, и предоставим вам его копию. Мы обязуемся обращаться с вашей информацией в соответствии с его положениями, с федеральным законодательством и законами штата, а также в соответствии с вашим письменным разрешением.

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

План L.A. Care будет соблюдать положения настоящего уведомления в его текущей редакции. Мы вправе вносить изменения в настоящее уведомление в любой момент. 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, помимо прочего, следующее:

- имя и фамилия;
- адрес;
- дата рождения;
- сведения о проведенном лечении и медицинском обслуживании;
- история болезни;
- сведения о стоимости/оплате услуг;
- информация о расовой/этнической принадлежности;
- язык;
- пол на момент рождения;
- гендерная идентичность;
- сексуальная ориентация;
- местоимения.

Какими способами мы обычно используем и передаем PHI

Как правило, мы можем использовать и передавать PHI без вашего разрешения в перечисленных ниже целях:

- **Лечение. Мы не предоставляем лечение**, но можем использовать и передавать PHI 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 PHI поставщикам медицинских и других услуг и другим страховым компаниям и плательщикам для обработки запросов на оплату и для оплаты предоставленных вам медицинских услуг.

- **Организация медицинского обслуживания.** Мы можем использовать и передавать PHI 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. Кроме того, мы можем использовать и передавать PHI для обеспечения вашего участия в программах, проводимых округом, штатом и государством, а также для административного управления данными программами.
- **Другие цели использования PHI:**
  - Предоставление информации врачу или больнице с целью подтверждения ваших страховых льгот, доплат или франшизы.
  - Для заблаговременного одобрения услуги.
  - Обработка страховых требований и выплата возмещения в связи с лечением и другими медицинскими услугами.
  - Для передачи PHI врачу или больнице, чтобы они могли вас лечить.
  - Проверка качества оказанной вам медицинской помощи и других услуг.
  - Оказание помощи и предоставление информации и услуг санитарного просвещения (например, для больных диабетом).
  - 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.
  - Рассылка напоминаний о необходимости регулярной диспансеризации.
  - 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 можем или обязаны передавать вашу PHI без вашего разрешения в других ситуациях, как правило, ради общественного блага, например для нужд системы здравоохранения и научных исследований. Мы можем использовать и передавать вашу PHI в следующих дополнительных целях в соответствии с действующим законодательством:

- 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 PHI для того, чтобы сообщить вам или вашему уполномоченному лицу о льготах, услугах, выборе поставщика медицинских услуг, выставлении счетов и оплате. Во всех коммуникациях 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:

- **Посредством телефонных звонков.** Если Вы предоставили нам номер своего телефона (а ваши опекуны и назначенные представители предоставили свои номера телефонов), в том числе мобильного, то мы, а также наши аффилированные лица и субподрядчики по нашему поручению, можем звонить вам, в том числе посредством автоматизированной системы телефонного набора и/или голосового помощника при условии соблюдения норм действующего законодательства. Ваш оператор сотовой связи может взимать плату за прием звонков. Для получения соответствующей информации обратитесь к своему

оператору сотовой связи. Если вы не хотите, чтобы с вами связывались подобным образом, просим сообщить об этом звонящему или обратиться к нам с просьбой о внесении вашего телефонного номера в наш стоп-лист (Do Not Call List).

- **Посредством текстовых сообщений.** 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 оператор сотовой связи может взимать плату за прием текстовых сообщений. Для получения соответствующей информации обратитесь к своему оператору сотовой связи. Если вы в какой-либо момент решите, что более не хотите получать текстовые сообщения, выполните изложенные в сообщении инструкции по отказу от подписки или просто отправьте ответное сообщение с текстом «СТОП» (STOP).
- **Посредством электронной почты.** 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 и образовательные 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 PHI, и вы принимаете этот риск и отказываетесь от защиты, которую можете иметь по закону. Если вы в какой-либо момент решите, что более не хотите получать сообщения по электронной почте, выполните изложенные в конце сообщении инструкции по отказу от подписки (Unsubscribe).

VII. Письменное разрешение

Если мы захотим использовать или передать вашу PHI в целях, не указанных в этом уведомлении, мы должны будем получить ваше письменное разрешение. Например, письменное разрешение необходимо для использования или передачи PHI 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 отозвать его, направив нам письменное заявление, и мы прекратим использовать или передавать вашу PHI таким образом со дня обработки этого заявления. Но если мы уже использовали или передали вашу PHI с вашего разрешения, то действия, имевшие место до того, как вы отозвали разрешение, будут необратимы.

VIII. Ваши права

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

- **Требовать копии медицинских документов и страховых требований.** Вы можете попросить предоставить вам доступ к информации о состоянии вашего здоровья и страховых требованиях или

предоставить копию этой информации. Мы можем предоставить вам копии медицинских документов и страховых требований или подготовить сводный отчет. В некоторых случаях мы не сможем предоставить информацию и документацию, поскольку это запрещено законом. Мы также не всегда сможем предоставлять информацию в требуемом виде, формате или на требуемом носителе. Мы можем взимать соразмерную плату за копирование и пересылку вашей PHI. Однако имейте ввиду, что план L.A. Care не хранит полную медицинскую документацию участников. Если вы хотите ознакомиться с вашей медицинской документацией, получить ее копию или внести какие-либо коррективы, обратитесь к поставщику медицинских услуг.

- **Просить нас внести исправления в медицинскую документацию и страховые требования.** Если вы заметили ошибку в PHI, вы можете попросить нас исправить ее. Если мы не сможем изменить какие-либо сведения (например, поставленный врачом диагноз), мы известим вас об этом в письменной форме. Если мы получили информацию от третьего лица (например, от вашего врача), мы сообщим вам, чтобы вы попросили этого человека исправить ее. Поскольку план L.A. Care не хранит полную медицинскую документацию участников, обратитесь к поставщику медицинских услуг, если вы хотите исправить ошибку.
- **Требовать соблюдения конфиденциальности при общении с вами.** Вы вправе попросить нас связываться с вами определенным образом (например, звонить только на домашний или рабочий телефон или отправлять почту по другому адресу). Мы выполняем не все подобные просьбы, но постараемся сделать это при наличии оснований.
- **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. Закон не обязывает нас удовлетворить ваш запрос, и мы можем отказать, если это негативно скажется на вашем лечении, выплате страховых возмещений и нашей профессиональной деятельности либо приведет к нарушению правил, норм, запросов государственных или правоохранительных органов и судебных или административных приказов.

- **Получить список лиц, которым мы передали вашу PHI.** 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. Мы можем взимать соразмерную плату за любые дополнительные запросы.
- **Получить копию этого уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией.** Вы можете заказать бумажную копию настоящего уведомления, позвонив нам по телефону.
- **Поручить другому человеку действовать от вашего имени.** Если вы оформили на кого-либо медицинскую доверенность либо если у вас есть законный опекун, эти люди могут пользоваться вашими правами и принимать решения в отношении вашей PHI. Мы можем попросить назначенного вами представителя предоставить нам некоторую информацию и документы (например, копию судебного приказа об установлении опекунства). Вам или вашему опекуну придется заполнить письменное разрешение

(позвоните нам по указанному ниже телефону, чтобы узнать, как это сделать).

Вы можете воспользоваться вышеуказанными правами, обратившись в L.A. Care, как описано ниже.

IX. Деликатные услуги

Участник, который может дать согласие на получение деликатных услуг, не обязан получать разрешение любого другого участника на получение такого обслуживания или подавать заявку на предоставление такого обслуживания. Деликатные услуги — это услуги, связанные с психическим или поведенческим здоровьем, сексуальным и репродуктивным здоровьем, инфекциями, передающимися половым путем, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, услугами по смене пола и насилием со стороны интимного партнера для участников в возрасте 12 лет и старше. План L.A. Care будет направлять сообщения, касающиеся деликатных услуг, на альтернативный указанный участником почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона, а в случае отсутствия такого адреса — на имя участника по адресу или номеру телефона, указанному в личном деле. 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. Вам нужно будет подать письменный запрос и сообщить нам определенную информацию. Мы можем прислать вам необходимые бланки.

X. Конфиденциальная информация в сфере репродуктивного здоровья

Нам запрещено использовать или раскрывать вашу PHI для проведения уголовного, гражданского или административного расследования или привлечения вас к уголовной, гражданской или административной ответственности за поиск, получение, предоставление или содействие получению законной медицинской помощи в области репродуктивного здоровья. Нам также запрещено идентифицировать вашу личность для таких целей. Например, мы не можем раскрывать вашу PHI, включая ваше имя, для содействия уголовному расследованию в отношении вас за законное получение рецептурных противозачаточных средств или абортивных препаратов.

Мы не имеем права использовать или раскрывать вашу PHI, касающуюся репродуктивного здоровья, в целях надзора за здравоохранением, судебных и административных разбирательств, правоохранительных целей или для коронеров и судебно-медицинских экспертов без принятия разумных мер для получения подтверждения от запрашивающей стороны о том, что такой запрос является законным. Например, мы не имеем права раскрывать правоохранительным органам вашу PHI, касающуюся законно полученного аборта, не предприняв разумных мер для получения подтверждения того, что правоохранительные органы не будут использовать вашу PHI в запрещенных целях.

Мы можем использовать или раскрывать PHI, касающуюся информации о репродуктивном здоровье, в целях, разрешенных HIPAA, если запрос на использование или раскрытие PHI не делается для расследования или наложения ответственности на какое-либо лицо за поиск,

получение, предоставление или содействие оказанию медицинской помощи в области репродуктивного здоровья. Например, мы можем раскрыть PHI органу общественного здравоохранения, который уполномочен законом осуществлять надзор за общественным здравоохранением.

«Здравоохранение в области репродуктивного здоровья» означает здравоохранение, как оно определено в HIPAA, которое влияет на здоровье человека во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

XI. Жалобы

Если вы считаете, что мы не защищаем вашу PHI, вы вправе подать жалобу, связавшись с нами по адресу:

L.A. Care Member Services
1200 West 7th Street,
Los Angeles, CA 90017
Служба поддержки участников Medi-Cal: **1-888-839-9909**
Служба поддержки участников L.A. Care Covered/ Direct: **1-855-270-2327**
Служба поддержки участников PASC-SEIU: **1-844-854-7272**
Служба поддержки участников L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP): **1-833-522-3767**
TTY/TDD: **711**

Вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, посетив **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.

Участники программы Medi-Cal также могут связаться с Офисом по нормативно-правовому соответствию требованиям HIPAA Департамента здравоохранения штата Калифорния на веб-сайте **dhcs.ca.gov**.

XII. 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.

XIII. Дата вступления в силу

Дата вступления в силу первой редакции настоящего уведомления: 14 апреля 2003 г. Дата последней редакции: 15 июля 2025 г.

XIV. 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 возникнут вопросы по данному уведомлению; вам потребуется помощь в применении своих прав; вы хотели бы получить данное уведомление на другом языке (арабском, армянском, вьетнамском, китайском, кхмерском, корейском, русском, испанском, тагальском или фарси), крупным шрифтом, в виде аудиозаписи или в другом формате (по требованию) без дополнительной оплаты, звоните или пишите нам:

L.A. Care Member Services
1200 West 7th Street,
Los Angeles, CA 90017
Служба поддержки участников Medi-Cal: **1-888-839-9909**
Служба поддержки участников L.A. Care Covered/ Direct: **1-855-270-2327**
Служба поддержки участников PASC-SEIU: **1-844-854-7272**
Служба поддержки участников L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP): **1-833-522-3767**
TTY/TDD: **711**

или

L.A. Care Privacy Officer
L.A. Care Health Plan
1200 West 7th Street,
Los Angeles, CA 90017
Служба поддержки участников Medi-Cal: **1-888-839-9909**
Служба поддержки участников L.A. Care Covered/ Direct: **1-855-270-2327**
Служба поддержки участников PASC-SEIU: **1-844-854-7272**
Служба поддержки участников L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP): **1-833-522-3767**
TTY/TDD: **711**
Электронная почта: **PrivacyOfficer@lacare.org**