

УВЕДОМЛЕНИЕ О МЕТОДАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ, КАКИМ ОБРАЗОМ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ К НЕЙ ДОСТУП. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С НИМ.

Действительно с 8 сентября 2023 г.

Чтобы вам помогли перевести или понять настоящий документ, позвоните по телефону 1-877-687-1197 (TTY 711). Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-877-687-1197 (TTY 711).

Услуги устного переводчика предоставляются вам бесплатно.

Обязанности организаций, на которые распространяется действие покрытия:

Компания Ambetter from Coordinated Care Corporation является организацией, на которую распространяется действие покрытия, как это определено и регулируется Законом о праве сохранения и защите данных медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996 года. По закону компания Ambetter from Coordinated Care обязана обеспечивать конфиденциальность вашей охраняемой законом медицинской информации (protected health information, PHI), предоставлять вам настоящее Уведомление о наших юридических обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности, связанных с вашей PHI, соблюдать условия Уведомления, действующего в настоящее время, и уведомить вас в случае утечки вашей незащищенной PHI.

В настоящем Уведомлении описывается, как мы можем использовать и раскрывать вашу PHI. В нем также описываются ваши права на доступ к вашей PHI, ее изменение и управление ею, а также способы реализации этих прав. Любое другое использование и раскрытие вашей PHI, не описанное в настоящем Уведомлении, будет осуществляться только с вашего письменного разрешения.

Ambetter from Coordinated Care оставляет за собой право изменять настоящее Уведомление. Мы оставляем за собой право сделать пересмотренное или измененное Уведомление действительным для вашей PHI, которая у нас уже есть, а также для любой вашей PHI, которую мы получим в будущем. Ambetter from Coordinated Care будет незамедлительно пересматривать настоящее Уведомление и распространять его действие в случае внесения существенных изменений в следующее:

- Использование или раскрытие информации.
- Ваши права.
- Наши юридические обязанности.
- Другие методы обеспечения конфиденциальности, указанные в уведомлении.

Мы будем предоставлять любые пересмотренные Уведомления, размещая их на нашем веб-сайте Ambetter.CoordinatedCareHealth.com или делая отдельную рассылку.

Внутренние методы защиты PHI, переданной в устной, письменной и электронной формах:

Ambetter from Coordinated Care обеспечивает защиту вашей PHI. Мы также обязуемся сохранять конфиденциальность информации о вашей расе, этнической принадлежности и языке (race, ethnicity, and language, REL), а также о сексуальной ориентации и гендерной идентичности (sexual orientation and gender identity, SOGI). У нас имеются процессы обеспечения конфиденциальности и безопасности, которые могут помочь. Вот некоторые из способов, которыми мы защищаем вашу PHI.

- Мы обучаем сотрудников соблюдать наши процедуры обеспечения конфиденциальности и безопасности.
- Мы требуем от наших деловых партнеров соблюдения процедур обеспечения конфиденциальности и безопасности.
- Мы обеспечиваем безопасность наших офисов.
- Мы обсуждаем вашу PHI только по деловым причинам и с людьми, которым необходимо ее знать.
- Мы обеспечиваем безопасность вашей PHI, когда отправляем или храним ее в электронном виде.
- Мы используем технологии, чтобы не дать посторонним лицам получить доступ к вашей PHI.

Разрешенные виды использования и раскрытия вашей PHI:

Ниже приведен список видов использования или раскрытия вашей PHI, которые мы можем осуществлять без вашего разрешения:

- Лечение. Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI врачу или другому поставщику медицинских услуг, предоставляющему вам лечение, для согласования вашего лечения среди поставщиков или для оказания нам помощи в принятии решений о предварительных разрешениях, связанных с объемом покрываемых для вас услуг.
- Оплата. Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для оплаты покрываемых медицинских услуг, которые вам предоставили. Мы можем раскрыть вашу PHI другому плану медицинского страхования, поставщику медицинских услуг или другой организации, на которую распространяются федеральные правила обеспечения конфиденциальности, для целей оплаты. Действия, связанные с платежами, могут включать следующее:
 - Обработка страховых требований.
 - Определение права или покрытия для удовлетворения страховых требований.

- Выставление счетов на страховые взносы.
- Рассмотрение услуг по медицинской необходимости.
- Оценка использования страховых требований.
- Деятельность в сфере здравоохранения. Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для осуществления нашей деятельности в сфере здравоохранения. Такая деятельность может включать следующее:
 - Предоставление услуг клиентам.
 - Ответы на жалобы и апелляции.
 - Обеспечение ведения клиентов и согласования медицинского обслуживания.
 - Проведение медицинской оценки страховых требований и другой оценки качества.
 - Мероприятия по улучшению.

В рамках нашей деятельности в сфере здравоохранения мы можем раскрывать PHI деловым партнерам. У нас будут письменные соглашения о защите конфиденциальности вашей PHI с такими партнерами. Мы можем раскрыть вашу PHI другой организации, на которую распространяются федеральные правила обеспечения конфиденциальности. Эта организация также должна иметь с вами отношения в рамках своей деятельности в сфере здравоохранения. Сюда входит следующее:

- Деятельность по оценке и улучшению качества.
- Проверка компетентности или квалификации медицинских работников.
- Ведение клиентов и согласование медицинского обслуживания.
- Обнаружение или предотвращение мошенничества и злоупотреблений в сфере здравоохранения.

Мы можем использовать или раскрывать вашу информацию о REL и SOGI для осуществления нашей деятельности. Такая деятельность может включать следующее:

- Разработка программ вмешательства.
- Разработка и координирование информационных материалов.
- Информирование медицинских работников и поставщиков услуг о ваших языковых потребностях.
- Оценка несоответствий в здравоохранении.

Мы никогда не будем использовать вашу информацию о REL и SOGI для андеррайтинга, установления тарифов или определения покрываемых услуг, а также не будем раскрывать вашу информацию о REL или SOGI неуполномоченным лицам.

- Раскрытие информации групповому плану медицинского страхования / спонсору плана. Мы можем раскрыть вашу охраняемую законом медицинскую информацию спонсору группового плана медицинского страхования, например работодателю или другой организации, предоставляющей вам программу медицинского обслуживания, если спонсор согласился на определенные ограничения относительно того, как он будет использовать или раскрывать охраняемую законом медицинскую информацию (например, дал согласие не использовать охраняемую законом медицинскую информацию для действий или решений, связанных с трудоустройством).

Другие виды разрешенного или необходимого раскрытия вашей PHI:

- Мероприятия по сбору средств. Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI в рамках мероприятий по сбору средств, например при сборе денег для благотворительного фонда или аналогичной организации, чтобы помочь с финансированием их деятельности. Если мы свяжемся с вами по поводу мероприятий по сбору средств, мы предоставим вам возможность отказаться или прекратить получение таких сообщений в будущем.
- В целях андеррайтинга. Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI в целях андеррайтинга, например для принятия решения по заявлению или запросу на покрытие. Если мы используем или раскрываем вашу PHI в целях андеррайтинга, в процессе андеррайтинга нам запрещается использовать или раскрывать вашу PHI, которая представляет собой генетическую информацию.
- Напоминания о приемах / альтернативные виды лечения. Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI, чтобы напомнить вам о приеме для получения лечения и медицинской помощи или предоставить вам информацию об альтернативных вариантах лечения или других покрытиях и услугах, связанных со здоровьем, например информацию о том, как бросить курить или похудеть.
- В соответствии с требованиями законодательства. Если федеральный закон, закон штата и/или местный закон требует использования или раскрытия вашей PHI, мы можем использовать или раскрывать вашу PHI в той степени, в которой использование или раскрытие соответствует такому закону и ограничивается требованиями такого закона. Если два (или более) закона или правила, которые регулируют одно и то же использование или раскрытие информации, противоречат друг другу, мы будем соблюдать более строгие законы или правила.
- Мероприятия в области общественного здравоохранения. Мы можем раскрывать вашу PHI органу общественного здравоохранения, чтобы предотвратить или контролировать заболевание, травмы или инвалидность. Мы можем раскрыть вашу PHI Управлению по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) для обеспечения качества, безопасности и эффективности продуктов или услуг, находящихся под юрисдикцией FDA.
- Жертвы жестокого обращения и пренебрежительного отношения. Мы можем раскрыть вашу PHI органу власти местного или федерального уровня либо уровня штата, включая социальные службы или агентство услуг по защите, которые уполномочены законом получать такие сообщения, если у нас есть обоснованные предположения о жестоком обращении, пренебрежительном отношении или домашнем насилии.
- Судебные и административные разбирательства. Мы можем раскрыть вашу PHI в ходе судебных и административных разбирательств. Мы также можем раскрыть эту информацию в ответ на следующее:
 - Постановление суда.
 - Административный трибунал.
 - Повестка/вызов в суд.

- Ордер.
- Запрос на раскрытие.
- Аналогичный юридический запрос.

- Правоохранительные органы. Мы можем раскрыть вашу соответствующую PHI правоохранительным органам, когда это необходимо. Например, в ответ на следующее:
 - Распоряжение суда.
 - Ордер по решению суда.
 - Повестка в суд.
 - Вызов, выданный судебным приставом.
 - Вызов большого жюри.

Мы также можем раскрыть вашу соответствующую PHI, чтобы идентифицировать или найти подозреваемого, скрывающегося от правосудия, важного свидетеля или пропавшего без вести человека.

- Коронеры, судебно-медицинские эксперты и организаторы похорон. Мы можем раскрыть вашу PHI коронеру или судебно-медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для определения причины смерти. При необходимости мы также можем раскрыть вашу PHI организаторам похорон для выполнения их обязанностей.
- Донорство органов, глаз и тканей. Мы можем раскрыть вашу PHI организациям, занимающимся снабжением органами. Мы также можем раскрыть вашу PHI лицам, которые занимаются снабжением, формированием банков или трансплантацией относительно следующего: трупные органы, глаза, ткани.
- Угрозы здоровью и безопасности. Мы можем использовать или раскрыть вашу PHI, если мы объективно считаем, что использование или раскрытие необходимо для предотвращения либо снижения серьезной или непосредственной угрозы здоровью либо безопасности человека или общества.
- Специализированные правительственные функции. Если вы являетесь военнослужащим Вооруженных сил США (U.S. Armed Forces), мы можем раскрыть вашу PHI в соответствии с требованиями военного командования. Мы также можем раскрыть вашу PHI:
 - уполномоченным федеральным должностным лицам в целях национальной безопасности;
 - при разведывательной деятельности;
 - Государственному департаменту (Department of State) для определения медицинской пригодности;
 - для охраны Президента или иных уполномоченных лиц.
- Компенсация работникам. Мы можем раскрыть вашу PHI согласно законам о компенсации работникам или другим аналогичным программам, установленным законом, которые предоставляют покрытие в случае травм или заболеваний, связанных с работой, независимо от вины.
- Чрезвычайные ситуации. Мы можем раскрыть вашу PHI в чрезвычайной ситуации или в случае вашей недееспособности либо отсутствия члену семьи, близкому другу, уполномоченному агентству по оказанию помощи при стихийных бедствиях или любому другому лицу, ранее указанному вами. Мы воспользуемся профессиональным суждением и опытом, чтобы определить, отвечает ли раскрытие информации вашим интересам. Если раскрытие информации отвечает вашим интересам, мы будем раскрыть только ту PHI, которая имеет непосредственное отношение к участию человека в вашем лечении.
- Заключенные. Если вы являетесь заключенным исправительного учреждения или находитесь под стражей у сотрудника правоохранительных органов, мы можем передать вашу PHI исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов, если такая информация необходима учреждению для предоставления вам медицинской помощи; для защиты вашего здоровья или безопасности; или здоровья или безопасности других; или для обеспечения безопасности исправительного учреждения.
- Исследования. При определенных обстоятельствах мы можем раскрыть вашу PHI исследователям, если их клиническое исследование было одобрено и при наличии определенных мер безопасности для обеспечения конфиденциальности и защиты вашей PHI.

Использование и раскрытие вашей PHI, требующее письменного разрешения

Нам необходимо получить ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI, за некоторыми исключениями, по следующим причинам:

- Продажа PHI. Мы запросим ваше письменное разрешение, прежде чем осуществим какое-либо раскрытие, которое считается продажей вашей PHI, а это означает, что таким образом мы получаем компенсацию за раскрытие PHI.
- Маркетинг. Мы запросим ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI в маркетинговых целях, за некоторыми исключениями, например, когда мы ведем с вами личное маркетинговое общение или когда мы предоставляем рекламные подарки номинальной стоимости.
- Записи по психотерапии. Мы запросим у вас письменное разрешение на использование или раскрытие любых ваших записей по психотерапии, которые могут храниться у нас, за некоторыми исключениями, например для определенного лечения, оплаты или функций по осуществлению деятельности в сфере здравоохранения.

Права личности

Ниже приведены ваши права в отношении вашей PHI. Если вы хотите воспользоваться любым из следующих прав, свяжитесь с нами, используя информацию в конце настоящего Уведомления.

- Право запрашивать ограничения. Вы имеете право запрашивать установить ограничения на использование и раскрытие вашей PHI для лечения, оплаты или ведения медицинской деятельности, а также на раскрытие информации лицам, участвующим в вашем лечении или его оплате, например членам семьи или близким друзьям. В вашем запросе должно быть указано, какие ограничения вы запрашиваете и на кого эти ограничения распространяются. Мы не обязаны удовлетворять этот запрос. Если мы согласимся, мы выполним ваш запрос на ограничение, за исключением случаев, когда информация необходима для оказания вам экстренной помощи. Однако мы ограничим использование или раскрытие PHI для осуществления платежей или медицинской деятельности только планом медицинского страхования, если вы полностью оплатили услугу или товар за свой счет.

- Право на запрос конфиденциальной коммуникации. Вы имеете право запросить коммуникацию относительно вашей PHI или другой конфиденциальной информации альтернативными способами или с использованием альтернативных расположений. Вам не обязательно объяснять причину вашего запроса. Мы обязаны удовлетворить ваш запрос, если в нем указаны альтернативные средства или расположение, куда должна быть доставлена такая конфиденциальная информация. Вы можете отправить свой запрос, заполнив форму, доступную на защищенном портале для участников на сайте Ambetter.CoordinatedCareHealth.com. Если у вас есть вопросы, вы можете связаться с нами по номеру телефона 1-877-687-1197 (TTY 711).
- Право на доступ к вашей PHI и получение ее копии. Вы имеете право, за некоторыми исключениями, просматривать вашу PHI, содержащуюся в специальном комплекте записей, или получать ее копии. Вы можете запросить предоставление копий в формате, отличном от фотокопий. Мы будем использовать запрашиваемый вами формат, за исключением случаев, когда это практически невозможно. Чтобы получить доступ к своей PHI, вы должны подать запрос в письменном виде. Если мы отклоним ваш запрос, мы предоставим вам письменное объяснение и сообщим, можно ли пересмотреть причины отказа. Мы также расскажем вам, как попросить о таком пересмотре, или сообщим, если отказ не может быть пересмотрен.
- Право на изменение вашей PHI. Вы имеете право запросить исправление или изменение вашей PHI, если вы считаете, что она содержит неверную информацию. Ваш запрос должен быть оформлен в письменной форме, и в нем необходимо объяснить, почему информация должна быть изменена. Мы можем отклонить ваш запрос по определенным причинам, например, если мы не создавали информацию, которую вы хотите изменить, и только автор PHI может внести изменения. Если мы отклоним ваш запрос, мы предоставим вам письменное объяснение. Вы можете ответить заявлением о том, что вы не согласны с нашим решением, и мы приложим ваше заявление к PHI, изменение которой вы запрашиваете. Если мы примем ваш запрос на изменение информации, мы приложим разумные усилия, чтобы проинформировать других лиц, включая людей, которых вы назовете, об изменении и включить изменения в любое будущее раскрытие такой информации.
- Право на получение отчета о раскрытии информации. Вы имеете право получить список случаев раскрытия вашей PHI за последние 6 лет нами или нашими деловыми партнерами. Это не относится к раскрытию информации в целях лечения, оплаты, медицинской деятельности или к раскрытию информации, на которое вы дали разрешение, а также к некоторым другим действиям. Если вы запрашиваете этот отчет более одного раза в 12-месячный период, мы можем взимать с вас разумную, основанную на затратах плату за ответ на такие дополнительные запросы. Мы предоставим вам дополнительную информацию о наших сборах во время вашего запроса.
- Право на подачу жалобы. Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены или что мы нарушили наши собственные методы обеспечения конфиденциальности, вы можете подать нам жалобу в письменной форме или по телефону, используя контактную информацию в конце настоящего Уведомления.

Вы также можете подать жалобу секретарю Управления по гражданским правам (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services), отправив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, или позвонив по телефону 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), или перейдя по ссылке: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaai complaints/.

Мы НЕ БУДЕМ ПРЕДПРИНИМАТЬ ПРОТИВ ВАС НИКАКИХ ДЕЙСТВИЙ ЗА ПОДАЧУ ЖАЛОБЫ.

Право на получение копии настоящего Уведомления. Вы в любое время можете запросить копию нашего Уведомления, используя контактную информацию, указанную в конце Уведомления. Если вы получили настоящее Уведомление на нашем веб-сайте или по электронной почте, вы также имеете право запросить бумажную копию Уведомления.

Контактная информация

Если у вас есть какие-либо вопросы относительно настоящего Уведомления, наших методов обеспечения конфиденциальности, касающихся вашей PHI, или о том, как реализовать свои права, вы можете связаться с нами в письменной форме или по телефону: Ambetter@CoordinatedCareCorporation
Attn: Privacy Official
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402
1-877-687-1197 (TTY 711)

Страхование [Ambetter](http://Ambetter.CoordinatedCare.org) от [Coordinated Care](http://CoordinatedCare.org) осуществляется корпорацией [Coordinated Care Corporation](http://CoordinatedCare.org), являющейся сертифицированным эмитентом планов медицинского страхования на рынке медицинского страхования штата Washington. Настоящий документ является предложением о страховании. © [Coordinated Care Corporation](http://CoordinatedCare.org), 2023. Все права сохранены.