

Уведомление о практике обеспечения конфиденциальности

Дата вступления в силу настоящего уведомления

Настоящее уведомление было обновлено и вступило в силу 10 июня 2026 года.

Почему я получаю настоящее Уведомление?

По закону план Partnership HealthPlan of California («**Partnership**», «**мы**», «**наш**», «**нам/нас**») обязан сохранять конфиденциальность и неприкосновенность вашей медицинской информации и защищенной медицинской информации (совокупно именуемой «**RHI**» или «**медицинской информации**»), предоставлять вам соответствующее письменное уведомление о наших юридических обязательствах и практике защиты конфиденциальности, а также уведомить вас о фактах нарушения конфиденциальности вашей RHI. Любое разглашение RHI, выходящее за рамки положений закона, запрещено.

План Partnership соглашается соблюдать условия настоящего Уведомления о соблюдении конфиденциальности («**Уведомление**»). Мы также имеем право при необходимости вносить изменения в настоящее Уведомление и распространить действие нового Уведомления на любую хранимую нами медицинскую информацию. Если нам потребуется внести какие-либо изменения, мы обязаны будем опубликовать эту информацию на нашем сайте, а также отправить вам по почте Уведомление в следующей ежегодной рассылке на записанный у нас почтовый адрес. Если вы получили уведомление в электронной форме, вы имеете право в любое время попросить нас предоставить вам его бумажную версию.

Что такое RHI?

RHI – это индивидуальная медицинская информация, например ваше имя, номер полиса социального страхования, дата рождения, медицинское состояние или диагноз, выписанные рецепты, сведения о лабораторных анализах и история выплат. RHI также включает в себя данные о расе/этнической принадлежности, языке, половой идентичности, сексуальной ориентации и предпочитаемом местоимении. Раскрытие вами такой информации не оказывает негативного влияния на порядок принятия планом Partnership решений в отношении ваших льгот или на ваш доступ к покрываемым страховкой услугам. RHI может быть представлена в устной, письменной или электронной форме.

Partnership собирает эту информацию от вас, от вашего лечащего врача или других медицинских работников, действующих от вашего имени, а также от



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

администрации штата Калифорния. План Partnership обеспечивает защиту данной информации в соответствии с законами о защите конфиденциальности, в том числе с Законом о переносимости и подотчетности в сфере медицинского страхования 1996 года («**HIPAA**») и Законом штата Калифорния о конфиденциальности медицинской информации («**CMIA**»). Например для обеспечения конфиденциальности вашей информации сотрудники Partnership проходят обучение по нормам HIPAA и CMIA, используют средства защиты паролей и получают доступ к вашей информации только в той степени, которая необходима для выполнения их работы.

Каким образом Partnership HealthPlan of California использует и раскрывает мою медицинскую информацию?

Partnership хранит документы, относящиеся к состоянию вашего здоровья, включая историю обращений, сведения о зачислении в страховой план, записи по ведению дела, а также полученные вами предварительные разрешения на лечение. Мы используем эту информацию и делимся ею с третьими лицами в следующих целях:

- **Лечение.** Partnership использует вашу медицинскую информацию для координации вашего медицинского обслуживания и передает ее больницам, клиникам, врачам и прочим поставщикам медицинских услуг, чтобы дать им возможность предоставлять вам необходимые медицинские услуги. Например: Partnership хранит вашу медицинскую информацию в электронной форме и предоставляет аптекам доступ к ней в интерактивном режиме, чтобы они имели возможность обеспечивать вас необходимыми рецептурными препаратами.
- **Оплата.** Partnership использует и передает вашу медицинскую информацию для обеспечения оплаты предоставляемых вам медицинских услуг, включая установление вашего права на те или иные льготы, а также право вашего поставщика медицинских услуг на получение оплаты. Например: мы сообщаем поставщикам медицинских услуг, что вы являетесь участником нашего плана, и информируем их о льготах, на которые вы имеете право.
- **Работа плана.** Partnership использует и передает вашу медицинскую информацию по мере необходимости, чтобы обеспечить функционирование нашего страхового плана. Например: мы используем сведения об обращениях наших участников для проведения мероприятий по оценке качества и усовершенствованию нашей работы, мероприятий по обеспечению безопасности пациентов, управления работой плана и осуществления общей административной деятельности, а также проверки компетентности и квалификации медработников.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

- **Расчет страховой премии.** Для расчета и осуществления других процедур, связанных со страховыми премиями, например рейтингования, создания, обновления и замены договоров о страховании или льготах согласно требованиям закона. При этом для таких целей запрещается раскрывать генетическую информацию.
- **Деловые партнеры.** Partnership может заключать договоры о сотрудничестве с деловыми партнерами на осуществление определенных функций или деятельности от нашего имени, например обмена медицинской информацией, в рамках которого врачи могут оперативно получить к ней доступ, или отправки напоминаний о плановом приеме. Partnership может сообщать вашу медицинскую информацию своим подрядчикам в рамках обработки требований об оплате, предоставления медицинского обслуживания участникам плана или своей повседневной деятельности. Прежде чем сообщать какую-либо информацию для осуществления оплаты или обеспечения работы плана, мы заключаем договор о защите конфиденциальности с каждым из наших подрядчиков. Например: компании, которые предоставляют нам компьютерные услуги или осуществляют обслуживание оргтехники, могут иметь доступ к медицинской информации во время проведения таких работ. Partnership делает все возможное, чтобы, по возможности, наши подрядчики имели минимальный доступ к вашей медицинской информации.
- **Обмен медицинской информацией.** Partnership является участником различных систем обмена медицинской информацией (“HIE”), что позволяет поставщикам медицинских услуг координировать медицинское обслуживание и обеспечивать пациентам более оперативный доступ к услугам специалистов. HIE помогает поставщикам медицинских услуг и официальным представителям организаций общественного здравоохранения принимать более информированные решения, избегать дублирования лечебных мероприятий (например анализов) и снижать вероятность медицинских ошибок. В рамках участия в HIE Partnership может сообщать вашу медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг и участникам системы в предусмотренных законом рамках. Если вы не желаете, чтобы вашу медицинскую информацию сообщали в рамках HIE, вам необходимо подать соответствующий запрос непосредственно в Partnership. Как это сделать, изложено в разделе «Ваши права» ниже.

(Примечание: в некоторых случаях ваша медицинская информация не подлежит разглашению. Такая информация включает в себя, например, сведения о диагностике и лечении психического здоровья, диагностике или лечении состояний, связанных с употреблением психоактивных веществ и



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

алкоголя, заболеваниях, передающихся половым путем, а также информацию, связанную с планированием семьи или результатами анализа на ВИЧ. Все эти сведения считаются «защищенными записями», и для их разглашения требуется ваше отдельное согласие.) Любая идентифицирующая вас информация об аборте или услугах, связанных с абортом, не будет предоставляться в рамках ННП или частным лицам, учреждениям и департаментам других штатов без вашего отдельного письменного разрешения или юридического исключения.)

- **Коммуникация и маркетинг.** Partnership обязуется не использовать без вашего письменного согласия информацию о вашем здоровье в маркетинговых целях, направленных на получение прибыли. План Partnership может использовать вашу медицинскую информацию в рамках ведения дела или для координирования лечения и выполнения сопутствующих функций без вашего разрешения. Partnership может рассылать напоминания о плановых приемах у врача или необходимости пополнить запас препарата, а также описывать продукты или услуги, включенные в ваш план, например нашу сеть поставщиков медицинских услуг. Partnership также может обсуждать доступные вам продукты или услуги медицинского назначения, которые увеличивают эффективность лечения, но не являются частью плана.
- **Продажа вашей медицинской информации.** Мы не будем продавать вашу медицинскую информацию без вашего предварительного письменного разрешения.
- **Сбор средств.** В случае сбора средств для Partnership вы можете указать, какую конкретно информацию мы можем обнародовать. Если у вас есть определенные предпочтения в отношении того, как нам следует обращаться с вашей медицинской информацией, сообщите нам о них. Мы будем следовать вашим инструкциям. У вас есть право и возможность попросить нас не обращаться к вам по вопросам сбора пожертвований.

Существуют ли ситуации, в которых моя медицинская информация может разглашаться без моего разрешения?

Да, Partnership может сообщать медицинскую информацию без вашего разрешения государственным ведомствам, а также частным лицам и организациям в различных ситуациях, в которых это позволено законом или предусмотрено его требованиями. В отношении некоторых медицинских данных могут действовать ограничения и запреты со стороны федерального законодательства или законов штата на некоторые виды использования и разглашения такой информации. Например, существуют особые ограничения в отношении раскрытия медицинской информации, касающейся статуса ВИЧ/СПИД,



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

генетической информации, лечения психических заболеваний, инвалидности вследствие пороков развития и лечения алкогольной и наркотической зависимости. Мы соблюдаем эти ограничения при использовании вашей медицинской информации.

В той мере, в какой у нас имеются ваши медицинские записи о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в соответствии с положениями части 2 раздела 42 CFR, мы не будем использовать или раскрывать эту информацию в целях проведения расследований или гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательств в отношении вас без (1) вашего письменного согласия или (2) судебного постановления и повестки в суд, требующих такого раскрытия.

Ниже приведены примеры ситуаций, в которых план Partnership может или обязан раскрывать ваши данные без вашего разрешения:

- **По требованию закона.** Partnership обязан раскрыть вашу медицинскую информацию, если этого будет требовать тот или иной федеральный закон, закон штата или местное законодательство.
- **При наличии рисков для общественного здоровья.** Partnership может раскрывать вашу медицинскую информацию в следующих ситуациях:
 - Органам здравоохранения или другим уполномоченным лицам в рамках проведения мероприятий по обеспечению общественного здравоохранения, например для профилактики или контроля над распространением заболеваний, травматизма или инвалидизации или в ходе осуществления надзора за здоровьем населения или проведения расследований
 - Сбор информации или уведомление о нежелательных явлениях, связанных с качеством, безопасностью или эффективностью продуктов или видов деятельности, регулируемых Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA)
 - При необходимости сообщить о жестоком обращении, отсутствии ухода или домашнем насилии. План Partnership обязан уведомлять компетентные государственные органы о тех случаях, когда, как мы полагаем, участник плана подвергается жестокому обращению, домашнему насилию или не получил(-а) должный уход.
- **Для осуществления судебных или административных разбирательств.** Partnership может раскрывать вашу медицинскую информацию в ходе любого судебного или административного разбирательства в ответ на постановление



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

суда или административного трибунала в тех случаях, когда это явно разрешено таким постановлением, либо в ответ на повестку в суд, запрос о раскрытии информации или в рамках другой законной процедуры, но только в том случае, если Partnership приложит разумные усилия, чтобы либо уведомить вас о запросе, либо получить постановление о защите вашей медицинской информации. Partnership также может использовать и разглашать вашу медицинскую информацию в разрешенных законом случаях без вашего разрешения для защиты иска или арбитража.

- **В целях обеспечения правопорядка.** План Partnership может раскрывать вашу медицинскую информацию в целях обеспечения правопорядка:
 - В соответствии с требованиями закона и ордером на обыск, на законных основаниях выданным государственному правоохранительному органу.
 - В соответствии с требованием закона в отношении информирования об определенных типах ран или иных телесных повреждениях на основании постановления суда, ордера, повестки, вызова в суд или аналогичного процессуального требования.
 - В целях установления личности или местонахождения подозреваемого, беглого преступника, важного свидетеля или пропавшего без вести лица.
 - В ограниченном числе ситуаций, если вы являетесь жертвой преступления.
 - Представителю правоохранительных органов, если план Partnership подозревает, что ваша смерть стала следствием преступных действий, в том числе следствием таких действий со стороны Partnership.
 - В экстренных ситуациях для сообщения о факте преступления.
- **Судебным следователям и судмедэкспертам.** План Partnership может сообщать вашу медицинскую информацию судебным следователям и судмедэкспертам в целях установления причины вашей смерти или для исполнения иных их обязанностей, в соответствии с требованиями закона.
- **Распорядителям похорон:** Partnership может сообщать вашу медицинскую информацию сотрудникам похоронного бюро в соответствии с требованиями применимых законов и, при необходимости, для исполнения их обязанностей в отношении организации ваших похорон. При необходимости исполнения их обязанностей Partnership может предоставить вашу медицинскую информацию до вашей смерти и при наличии оснований ее ожидать.
- **В рамках донорства органов, тканей, глаз.** План Partnership может, по



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

вашему желанию, использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся поиском донорских органов, или иным организациям, которые занимаются поиском, сбором или трансплантацией органов, глаз или тканей, в целях содействия процедурам донорства и трансплантации.

- **При наличии серьезной угрозы для здоровья или безопасности.** В соответствии с применимыми законами и стандартами этики поведения, план Partnership может раскрывать вашу медицинскую информацию, если у него будут объективные основания полагать, что предоставление этой информации необходимо для предотвращения или снижения серьезного и неминуемого риска для вашего здоровья или безопасности, или для здоровья или безопасности других граждан.
- **В целях осуществления особых государственных функций.** Partnership может предоставлять информацию уполномоченным федеральным должностным лицам в рамках деятельности по обеспечению национальной безопасности или предоставления услуг охраны должностным лицам.
- **В целях страхования от несчастного случая на производстве.** Partnership может раскрывать вашу медицинскую информацию в рамках компенсации рабочим или в рамках иных аналогичных программ.
- **Работникам исправительных учреждений или сотрудникам правоохранительных органов.** Если вы являетесь заключенным исправительного учреждения или находитесь под опекой сотрудника правоохранительных органов, Partnership может передать вашу медицинскую информацию в соответствующее учреждение или данному сотруднику.
- **В целях осуществления надзора в сфере здравоохранения.** Partnership может раскрывать вашу медицинскую информацию органам надзора в сфере здравоохранения в целях осуществления соответствующих предусмотренных законом надзорных мероприятий, таких как аудиты и расследования, проводимые в целях контроля за системой здравоохранения, а также органам, управляющим государственными программами медицинского страхования, в соответствии с разрешениями или требованиями законодательства.
- **Для целей иммунизации.** Информация об участнике плана может передаваться в учебное заведение, в котором он или она учится или готовится к поступлению, но только если: (1) информация, которая раскрывается, ограничивается подтверждением иммунизации; (2) учебное заведение, в соответствии с действующим законодательством штата или иным законом, обязано иметь такое подтверждение иммунизации перед приемом



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

абитуриента; и (3) имеется документально оформленное согласие на разглашения от участника плана или его/ее опекуна.

- **Стихийные бедствия.** Partnership может сообщать информацию государственным или частным организациям, уполномоченным законом или их уставом, в рамках предоставления помощи при стихийных бедствиях.
- **В исследовательских целях.** Partnership может использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию в исследовательских целях.

Могут ли другие лица, имеющие отношение к моему лечению, получать сведения обо мне?

Да, Partnership может раскрывать медицинскую информацию друзьям или членам семьи, участвующим в вашем лечении или оплачивающим его, в том объеме, который мы сочтем необходимым для обеспечения участия таких лиц, если только вы не попросите нас этого не делать и мы удовлетворим вашу просьбу. Сюда входит ответ на телефонные звонки по вопросам правомерности участия и статуса требований об оплате.

PARTNERSHIP НЕ БУДЕТ РАСКРЫВАТЬ ВАШУ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ В СЛУЧАЯХ, ОТЛИЧНЫХ ОТ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ, БЕЗ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО РАЗРЕШЕНИЯ. ЕСЛИ ВЫ ИЛИ ВАШ ЛИЧНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РАЗРЕШИТ PARTNERSHIP ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИЛИ РАСКРЫВАТЬ ВАШУ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ, ВЫ МОЖЕТЕ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ ОТОЗВАТЬ ЭТО РАЗРЕШЕНИЕ В ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ.

Существуют ли ситуации, когда моя медицинская информация не будет разглашаться?

В соответствии с действующим федеральным законодательством и законодательством штата Калифорния, в том числе согласно Закону о конфиденциальности медицинской информации (CMIA), мы не допускаем иных видов использования и раскрытия вашей медицинской информации без вашего письменного разрешения или согласия, которое вы можете в любое время отозвать в порядке, указанном в нашей форме согласия. Это относится ко всей медицинской информации, включая информацию, касающуюся конфиденциальных услуг, таких как медицинские услуги в области репродуктивного здоровья, в соответствии с действующими правовыми нормами. Примите к сведению, что если информация, которую Partnership надлежащим образом раскрывает на перечисленных основаниях, будет раскрыта ее получателем, на нее в этом случае не будут распространяться политики, указанные в настоящем Уведомлении. За исключением вышеизложенных ситуаций («Каким образом Partnership HealthPlan of California использует и



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

раскрывает мою медицинскую информацию»), для раскрытия записей о психотерапии, осуществления маркетинговой деятельности или продажи вашей информации требуется ваше письменное разрешение и письменное заявление о том, что вы можете в любое время отозвать свое разрешение.

В соответствии с требованиями CMIA, мы не будем сотрудничать в рамках каких-либо запросов или расследований, проводимых какими-либо лицами, агентствами или ведомствами из другого штата, а также не будем предоставлять им медицинскую информацию; в пределах, предусмотренных федеральным законодательством, мы также не будем предоставлять такую информацию федеральным правоохранительным органам, если это приведет к раскрытию идентифицируемых сведений об абортах, услугах, связанных с абортами, медицинской помощи по смене пола или услугах в области психического здоровья, связанных со сменой пола, которые являются законными в соответствии с законодательством штата Калифорния, за исключением случаев, когда вы предоставите письменное разрешение или раскрытие информации требуется по закону.

Мы не будем сознательно разглашать, передавать или предоставлять доступ к медицинской информации об абортах и связанных с ними услугах в электронной системе медицинских записей или в рамках обмена медицинской информацией лицам из других штатов, если такое лицо не предоставит письменное разрешение или если разглашение таких данных не является обязательным требованием закона.

ВАШИ ЛИЧНЫЕ ПРАВА

Какими правами я обладаю как участник Partnership?

Как участник Partnership, вы имеете следующие права в отношении вашей медицинской информации:

- Просить нас об ограничении использования и раскрытия вашей медицинской информации в целях проведения лечения, оплаты или медицинской деятельности, либо если раскрытие информации касается члена семьи, родственника, близкого друга или связанного с вашим медицинским обслуживанием или оплатой лица. План Partnership не обязан соглашаться на введение каких-либо ограничений по запросам участников, кроме случаев, когда такая информация предоставляется в целях осуществления оплаты или медицинской деятельности, и если запрос касается исключительно медицинских принадлежностей или услуг, за которые вы или иное лицо, отличное от Partnership, заплатили наличными.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

- Получать конфиденциальные информационные сообщения от Partnership по определенному номеру, на почтовый ящик или иной указанный вами адрес.
- Ознакомиться и получить копии любых ваших медицинских записей, которые ведет Partnership, включая платежную информацию, по вашему письменному запросу. Мы ответим на ваш запрос в течение 30 дней. Partnership может взимать плату для покрытия расходов на копирование, сборку и отправку ваших записей по почте. Вы также можете попросить Partnership отправить эту информацию другому лицу, если ваш письменный запрос подписан вами и содержит четкое указание на назначенное лицо и адрес для отправки информации. В некоторых ситуациях Partnership может уточнить у вас, желаете ли вы получать обзоры или разъяснение запрошенной информации, а также согласны ли вы в соответствующих случаях оплачивать услуги по сбору такой информации. При определенных обстоятельствах Partnership может отклонить ваш запрос. В случае отклонения вашей просьбы мы сообщим вам о причине отказа в письменной форме. Вы имеете право обжаловать отказ.
- Если вы считаете, что информация в наших записях неверна, вы имеете право попросить нас внести соответствующие изменения. В определенных обстоятельствах Partnership может отклонить ваш запрос, но мы сообщим вам причину отказа в письменной форме в течение 60 дней. В случае отклонения вашего запроса вы имеете право подать заявление о несогласии с таким решением для включения его в вашу медицинскую карту.
- Вы имеете право получать список фактических случаев раскрытия нами вашей медицинской информации за период до шести лет до даты запроса. Мы включим информацию обо всех эпизодах раскрытия информации, за исключением тех случаев, когда это было сделано в целях оказания медицинской помощи, осуществления платежей или в рамках осуществления нашей медицинской деятельности, а также фактов предоставления вам лично или с вашего разрешения. Вы имеете право на один бесплатный список случаев раскрытия информации за любой 12-месячный период. Если вы потребуете предоставить вам дополнительные списки до истечения 12 месяцев, Partnership может назначить разумную плату за такую услугу, исходя из фактических расходов.
- Если вы получили настоящее уведомление в электронной форме, вы имеете право в любое время попросить нас предоставить вам его бумажную версию, даже если ранее вы давали согласие на получение документов в электронном формате.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

- Право выбирать лицо, которое будет действовать от вашего имени в отношении вашей медицинской информации. Если у кого-либо есть полномочия действовать в качестве вашего личного представителя — например, если у этого человека есть ваша медицинская доверенность или он является вашим законным опекуном, — то этот человек может осуществлять ваши права и принимать решения, касающиеся вашей медицинской информации. Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы убедимся, что данное лицо обладает соответствующими полномочиями и может действовать от вашего имени.

Как мне реализовать эти права?

Вы можете реализовать любое из своих прав, предварительно отправив письменный запрос нашему инспектору по вопросам конфиденциальности по указанному ниже адресу. Чтобы облегчить обработку вашего запроса, мы рекомендуем вам воспользоваться формой Запроса на ограничение передачи медицинской информации, которая доступна на странице <https://edge.sitecorecloud.io/partnershipae75-partnership4b61-production30f9-46fc/media/Project/partnership-sites/partnershipphp/files/PDF/HIEMemberOptOutForm.pdf>, или позвонив нам по указанному ниже номеру телефона. Вы также можете получить полный перечень ваших прав, включая информацию о порядке предоставления нами ответа на запросы по реализации ваших прав, позвонив или написав инспектору по вопросам конфиденциальности по указанному ниже адресу.

Как я могу подать жалобу в случае нарушения моих прав на конфиденциальность?

Как участник Partnership, вы или ваш личный представитель имеете право подать жалобу нашему инспектору по вопросам конфиденциальности, если полагаете, что ваши права были нарушены. Вы или ваш представитель должны предоставить нам конкретную письменную информацию для обоснования вашей жалобы. Вы можете подать жалобу нашему инспектору по вопросам конфиденциальности, используя контактные данные, указанные ниже. Вы также можете обратиться с жалобой к секретарю службы здравоохранения и социального обеспечения на нашем сайте или воспользоваться предложенной ниже контактной информацией.

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>

Partnership рекомендует вам обращаться к нам при возникновении любых проблем или вопросов в связи с конфиденциальностью ваших данных. Partnership не будет принимать в отношении вас никаких ответных мер за подачу жалобы. Подача жалобы не приведет к ухудшению качества медицинских услуг, предоставляемых вам как участнику Partnership.



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.

Обращайтесь к нам

Почтовый адрес:

Partnership Health Plan of California

Attn: Privacy Officer

4665 Business Center Drive

Fairfield, CA 94534

Телефон: **1-800-863-4155** или

TTY/TDD: **1-800-735-2929** или набирайте номер **711**

Вы также можете посетить страницу <https://www.partnershiphp.org/members/medical/notice-of-privacy-practices-hippa>

Телефон горячей линии Partnership для жалоб: 1-800-601-2146, работает круглосуточно и без выходных

Департамент здравоохранения штата Калифорния

DHCS Privacy Officer

California's Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue, MS 4721

PO Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

Эл. почта: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

Телефон: 1-916-445-4646 или

TTY: 1-877-735-2929

Свяжитесь с секретарем Министерства здравоохранения и социальных услуг США по адресу:

Centralized Case Management Operations

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.

Room 509F HHH Bldg.

Washington, D.C. 20201

Эл. почта: OCRComplaint@hhs.gov

Телефон: 1-877-696-6775

Или посетите сайт <http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>



Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-863-4155 (TTY 1-800-735-2929). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звонки по указанным номерам бесплатны. Либо обращайтесь на линию California Relay Line по номеру 711. Посетите веб-сайт www.PartnershipHP.org.