



DIANA M. BONTÁ, R.N., Dr. P.H.
Director

DIANA M. BONTÁ, R.N., Dr. P.H.
Director



GRAY DAVIS
Governor

Уведомление о порядке использования личной информации

Дата вступления в силу: 14 апреля 2003 г.

**В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ИЗЛОЖЕН ПОРЯДОК
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ
ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО
ОЗНАКОМИТЬСЯ С ТЕКСТОМ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ.**



ВЫ И ВАША ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Информация о Вашем здоровье является личной и конфиденциальной. Программа Medi-Cal должна хранить информацию о Вашем здоровье в тайне. Мы получаем информацию о Вас тогда, когда Вы подаете заявку на участие в программе Medi-Cal. Ваши врачи, стоматологи, клиники, лаборатории и больницы направляют нам такую информацию, запрашивая нас о разрешении и оплате Вашего медицинского обслуживания. По закону мы обязаны предоставить Вам данное Уведомление о правилах конфиденциального обращения с Вашей медицинской информацией.

ИЗМЕНЕНИЯ В ТЕКСТЕ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Программа Medi-Cal должна следовать правилам, установленным в данном уведомлении. Мы вправе изменять принятый у нас порядок использования личной информации. В случае внесения таких изменений мы незамедлительно направим новое уведомление всем лицам, на которых распространяется программа Medi-Cal.



КАК МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И ПЕРЕДАВАТЬ ВАШУ ИНФОРМАЦИЮ

Программа Medi-Cal должна следовать положениям закона об использовании и передаче информации о Вас, например, Вашего имени, адреса, личных данных, сведений о предоставленном Вам медицинском обслуживании, а также информации, содержащейся в Вашей медицинской документации. Любая передача информации должна производиться в целях, связанных с реализацией программы Medi-Cal. К таким целям относятся:

- ❑ Подтверждение права на участие в программе, а также на предоставление медицинских и стоматологических пособий
- ❑ Определение способов оплаты медицинских услуг
- ❑ Подтверждение, предоставление или оплата медицинского обслуживания в рамках программы Medi-Cal
- ❑ Расследование или судебное разбирательство по вопросам правонарушений, связанных с реализацией программы Medi-Cal (например, мошенничества).

Мы можем использовать или передавать Вашу информацию для:

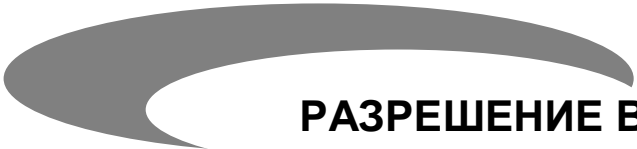
1. **Лечения.** До того как Вы обратитесь к врачу, стоматологу, в клинику или в другое учреждение, предоставляющее медицинские услуги, Вам может потребоваться разрешение программы Medi-Cal. Мы предоставим информацию

соответствующим медицинским учреждениям и специалистам, чтобы обеспечить получение Вами необходимого медицинского обслуживания.

2. **Оплаты.** Когда программа Medi-Cal оплачивает счета за предоставленное Вам медицинское обслуживание, мы передаем информацию соответствующим учреждениям и специалистам, а также другим лицам и организациям, выставляющим нам счета за предоставляемое Вам медицинское обслуживание. Мы можем направлять некоторые счета другим программам или группам медицинского страхования, оплачивающим их.
3. **Решения наших административных задач.** Мы можем использовать Вашу медицинскую документацию для проверки качества предоставляемого Вам медицинского обслуживания. Мы также можем использовать такую документацию при проведении ревизий, программ по выявлению фактов мошенничества и злоупотреблений, при планировании и управлении программой Medi-Cal.
4. **Рассылки уведомлений.** Мы можем направлять Вам уведомления о проведении бесплатных медицинских осмотров, программах льготного распространения продуктов и по другим вопросам.
5. **Содействия правоохранительным органам.** Мы можем предоставлять Вашу информацию суду, следователям или адвокатам в связи с делами, имеющими отношение к реализации программы Medi-Cal. Это может быть связано с мошенничеством или злоупотреблениями, возвратом средств другими лицами или организациями, которые обязаны оплачивать счета, выставляемые программой Medi-Cal в связи с Вашим медицинским обслуживанием, или другими вопросами, относящимися к программе Medi-Cal. В случае издания судом приказа о необходимости раскрытия Вашей информации, мы подчинимся такому приказу.
6. **Обжалования.** Вы или учреждение/специалист, предоставляющий Вам медицинское обслуживание, можете обжаловать решения, принимаемые программой Medi-Cal

относительно Вашего медицинского обслуживания. Ваша медицинская информация может быть использована для принятия решений по таким жалобам.

7. **Подтверждения права на участие в программе.** Мы можем передавать Вашу информацию государственным органам федерального, местного уровня и уровня штата, когда Вы подаете заявку на подтверждение программой Medi-Cal Вашего права на участие в программе, а также в других целях, связанных с реализацией программы Medi-Cal. В частности, это может произойти при проведении Службой иммиграции и натурализации (INS) проверки иммиграционного статуса лиц, обращающихся за получением всех страховых пособий, предусмотряемых программой Medi-Cal. Согласно федеральному закону, Служба иммиграции и натурализации может использовать такую информацию исключительно для проведения расследований по фактам мошенничества.



РАЗРЕШЕНИЕ В ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ

Программа Medi-Cal может использовать или предоставлять Вашу информацию только в установленных целях. Если мы захотим использовать Вашу медицинскую информацию в целях, не входящих в вышеприведенный перечень, мы должны будем получить на это Ваше разрешение, изложенное в письменной форме. Дав такое разрешение, Вы сможете отозвать его в письменной форме в любое время.



КАКОВЫ МОИ ПРАВА НА НЕПРИКОСНОВЕННОСТЬ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ?

Вы имеете право:

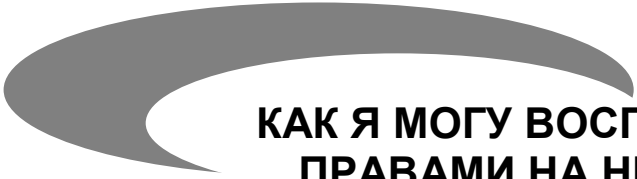
- Просить нас не использовать и не передавать Вашу информацию, связанную с участием в программе Medi-Cal, в указанных выше целях. У нас может не быть возможности удовлетворить такую просьбу.
- Просить нас связываться с Вами только в письменной форме, по другому адресу, на абонентский ящик или только по телефону. Мы удовлетворим все разумные просьбы, если это будет необходимо для Вашей безопасности.
- Знакомиться с информацией, связанной с Вашим участием в программе Medi-Cal, и копировать ее. Личный представитель, обладающий законным правом действовать от Вашего имени, может знакомиться с ней или получать ее для Вас. Мы располагаем информацией о Вашем праве на участие в программе Medi-Cal, счетами на оплату предоставленного Вам медицинского обслуживания, а также некоторой медицинской документацией. Для получения копий Вашей документации попросите направить Вам форму, которую будет необходимо заполнить. С Вас будет удержан сбор за копирование и пересылку документации. Мы можем ограничить объем предоставляемой Вам для ознакомления документации в тех случаях, когда это допускается законом.
- Просить о внесении изменений в информацию, содержащуюся в Вашей документации, если она является неправильной или неполной. Мы можем отказать в удовлетворении Вашей просьбы о внесении изменений в информацию, если она создана или хранится вне программы Medi-Cal, а также если она уже исправлена и дополнена. Вы можете просить о пересмотре решения об отказе или направить письмо, оспаривающее такой отказ. Это письмо будет приобщено к Вашей медицинской документации программы Medi-Cal.
- Просить нас о предоставлении Вам сведений о Вашей информации, которая передавалась в целях, отличных от

лечения, оплаты или решения административных задач программы Medi-Cal. Вы можете просить о предоставлении Вам перечня лиц, которым была передана Ваша информация, с указанием времени, цели и сути переданной информации. Такой перечень будет вестись с 14 апреля 2003 г.

- Просить предоставить Вам отпечатанный экземпляр данного Уведомления о порядке использования личной информации. Вы также можете найти текст данного уведомления на нашей странице в Интернете: www.dhs.ca.gov .

******* ВНИМАНИЕ! *******

ПРОГРАММА MEDI-CAL НЕ РАСПОЛАГАЕТ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ. ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ОЗНАКОМИТЬСЯ С ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ПОЛУЧИТЬ КОПИИ ВХОДЯЩИХ В НЕЕ ДОКУМЕНТОВ ИЛИ ВНЕСТИ В НЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЖИТЕСЬ С ВАШИМ ВРАЧОМ, СТОМАТОЛОГОМ, КЛИНИКОЙ ИЛИ ПРОГРАММОЙ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (HEALTH PLAN). ЕСЛИ НА ВАС РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПРОГРАММА MANAGED CARE PLAN, ЭТА ПРОГРАММА МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬ ИНФОРМАЦИЕЙ ОБ ОПЛАЧЕННЫХ СЧЕТАХ ЗА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЕННОЕ ВАМ, НАЧИНАЯ С ТОГО ДНЯ, КОГДА НА ВАС СТАЛА РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ ЭТА ПРОГРАММА. ЧТОБЫ ОЗНАКОМИТЬСЯ С ЭТИМИ СЧЕТАМИ ИЛИ ПОЛУЧИТЬ ИХ КОПИИ, СВЯЖИТЕСЬ С ПРОГРАММОЙ MANAGED CARE PLAN.



КАК Я МОГУ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СВОИМИ ПРАВАМИ НА НЕПРИКОСНОВЕННОСТЬ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ?

Если Вы хотите воспользоваться каким-либо из прав на неприкосновенность частной жизни, предусмотряваемых данным уведомлением, позвоните или напишите нам:

Quality Management Office

137 N. Cottonwood St., Ste. 2501
Woodland, CA 95695
(530) 666-8787



КУДА МОЖНО ОБРАТИТЬСЯ С ЖАЛОБОЙ?

Если Вы считаете, что Ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены и хотите обратиться с жалобой, Вы можете подать жалобу, позвонив или написав следующим должностным лицам:

Mindi Nunes
625 Court St., Rm 100
Woodland, CA 95695
(530) 666-8329

или

**Секретарь Министерства здравоохранения и социального
обеспечения США**

Управление по защите гражданских прав
Региональному управляющему

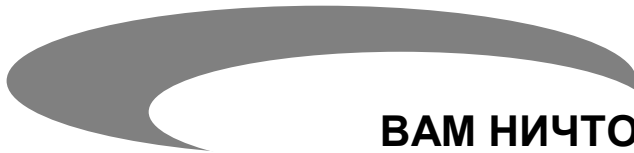
Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102

Для получения дополнительной информации звоните по телефону
(800) 368-1019

или

обратитесь в Управление по защите гражданских прав США (U.S. Office
for Civil Rights) по телефону (866) OCR-PRIV (866-627-7748) или
(866) 788-4989 (телефон для лиц с ослабленным слухом (TTY))



ВАМ НИЧТО НЕ УГРОЖАЕТ

Программа Medi-Cal не может лишить Вас медицинских пособий или каким-либо образом преследовать Вас, в случае если Вы подадите жалобу или воспользуетесь каким-либо из прав на неприкосновенность частной жизни, предусмотряемых данным уведомлением.

ВОПРОСЫ

Если у Вас имеются какие-либо вопросы о данном уведомлении и Вам нужна дополнительная информация, свяжитесь с инспектором по вопросам конфиденциальности Управления здравоохранения по телефону или адресу, приведенным выше.