



FORWARDHEALTH
MEMBER SERVICES
P O BOX 6678
MADISON WI 53716-0678

Jim Doyle
Governor

Telephone: 800-362-3002
FAX: 608-250-6563
TTY: 800-362-3002

Karen E. Timberlake
Secretary

State of Wisconsin
Department of Health Services

www.forwardhealth.wi.gov

Уведомление о правилах обращения с личной информацией

ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ОБЪЯСНЕТ, КАКИМ ОБРАЗОМ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И ПРИ КАКИХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ РАСКРЫВАТЬСЯ ВАШИ ЛИЧНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ, И КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ТЩАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ.

ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ НЕ ВЛИЯЕТ НА ВАШИ ЛЬГОТЫ ИЛИ ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ПОЛУЧЕНИЯ.

Вступает в действие: 14 апреля 2003 года

Это уведомление было послано участникам следующих подпрограмм программы Medicaid «Медикейд» (MA, Medical Assistance «Медицинская помощь», T-19): BadgerCare Plus «Забота о жителях Висконсина»; Family Care «Забота о семье»; Healthy Start «Здоровое начало»; Medical Assistance Purchase Plan «Медицинское страхование» (MAP); Program for all Inclusive Care for the Elderly «Программа всесторонней помощи престарелым» (PACE); Partnership «Партнерство»; Community Options Program-Waiver «Освобождение от оплаты по программе общественных альтернатив»; Community Integration Program II «Программа 2 общественной интеграции»; Community Integration Program 1A «Программа 1A общественной интеграции»; Community Integration Program 1B «Программа 1 Б общественной интеграции»; Brain Injury Waiver «Освобождение от оплаты лечения при травме головного мозга»; Community Supportive Living Arrangement «Соглашение об общественной поддержке необходимого уровня жизни».

Spanish –	Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-800-362-3002 (V/TTY)
Russian –	Если вам не всё понятно в этом документе, позвоните по телефону 1-800-362-3002 (V/TTY)
Hmong –	Yog xav tau kev pab txhais cov ntaub ntauv no kom koj totaub, hu rau 1-800-362-3002 (V/TTY)
Laotian –	ເພື່ອຊ່ວຍໃນການແປ ຫລື ເຂົ້າໃຈເນື້ອຫາໃນນີ້, ກະລຸນາໂທສະລັບຫາ ຢຸດຂອງໂຟຣ໌ໂຂຂຽ ກຸຟຸ່ນ+໕໘

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

Wisconsin's Department of Health Services (DHS) Medicaid program «Программа Медикейд Департамента здравоохранения и семейного обслуживания Висконсина» предпримет все возможные действия для сохранения конфиденциальности Ваших медицинских данных. Конфиденциальность Вашей информации гарантируется, согласно закону Висконсина и положениям программы Медикейд. Кроме того, федеральный закон в настоящее время

требует от программ медицинского страхования, таких как Медикейд, защищать конфиденциальность Ваших медицинских данных и сообщать Вам, каким образом эти данные будут использоваться, и при каких обстоятельствах они могут передаваться третьим лицам или организациям. Это уведомление разъясняет, каким образом Медикейд может использовать Ваши медицинские данные, и каковы, согласно закону, Ваши права на конфиденциальность Вашей личной информации. Медицинские данные, содержащиеся в этом уведомлении, могут включать касающуюся Вас информацию, которая указывается в заявлениях на прием в программы, исковых заявлениях, или других документах, рассматриваемых при принятии решения о предоставлении Вам услуг медицинского страхования.

Если Вы являетесь членом НМО «Организации по поддержанию здоровья» или другой программы, регулирующей услуги медицинского страхования, Вы также можете получить уведомление и от этой программы по вопросу конфиденциальности информации, в котором объясняется политика данной программы по этому вопросу.

Обязанности программы Медикейд по вопросу конфиденциальности информации:

- Обеспечить конфиденциальность любой собранной или полученной медицинской информации, касающейся Вас.
- Послать Вам это уведомление, объясняющее политику программы Медикейд по вопросу конфиденциальности личных медицинских данных, и правовое обоснование этой политики.
- Использовать медицинские данные или предоставлять их третьим лицам только в соответствии с условиями, указанными в этом уведомлении.
- Послать Вам новое уведомление в том случае, если изменится политика программы Медикейд по вопросу конфиденциальности личной информации.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВАШИ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ НЕ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ Медикейд не будет, без Вашего письменного разрешения, использовать или раскрывать Ваши медицинские данные ни при каких условиях, отличных от тех, что указаны на 2 странице этого уведомления. Вы можете отозвать это разрешение в любое время, послав заполненную форму - требование по адресу, указанному в разделе «Использование Ваших прав» этого документа. Если Вы отзовете разрешение, то после этого Медикейд не сможет использовать или раскрывать информацию о состоянии Вашего здоровья в случаях, в которых ее использование запрещается Вашим письменным разрешением. В том случае, если разрешение отозвано, Медикейд не сможет «вернуть» ни один из случаев раскрытия информации, которые произошли в то время, когда разрешение действовало. В экстренных случаях, информация может быть раскрыта без Вашего разрешения, если, с медицинской точки зрения, это в

Ваших интересах. Вам сообщат о раскрытии Вашей информации, как только это будет возможно.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВАШИ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ИЛИ РАСКРЫВАТЬСЯ БЕЗ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Ваши медицинские данные могут использоваться или раскрываться без Вашего письменного разрешения для лечения, оплаты и операций по медицинскому страхованию. Ниже приведены примеры таких ситуаций. Предоставление некоторых услуг обеспечивается через контракты с другими государственными агентствами или частными компаниями. Некоторая часть или вся, касаемая Вас, информация может быть передана, без Вашего разрешения, другому агентству или компании для того, чтобы они могли выполнить ту работу, которую мы попросили их сделать. Это агентство или компания также должны обеспечить конфиденциальность Вашей информации.

В этом уведомлении указаны не все ситуации, в которых может использоваться или передаваться личная информация. Ниже приведены обычные ситуации, в которых Ваши медицинские данные могут быть использованы или раскрыты без Вашего письменного разрешения для лечения, оплаты и операций по медицинскому страхованию. Для каждой категории мы объясним, что имеется в виду, и приведем пример.

Лечение – Ваши медицинские данные могут использоваться или раскрываться для того, чтобы Вы получили необходимое медицинское лечение. Например, Ваши медицинские данные могут быть переданы фармацевту, когда Вам необходимы рецептурные лекарства.

Оплата – Ваши медицинские данные могут использоваться или передаваться третьим лицам и организациям без Вашего письменного разрешения для выставления счетов и взимания платы за предоставленные услуги и полученное лечение. Медицинские данные также могут передаваться другим государственным программам, таким как Worker's Compensation «Компенсация для работников», Medicare «Медикэр», или частным страховым компаниям для координации Ваших льгот и платежей. Например, Ваш доктор посылает в Медикейд счет к оплате страхового возмещения. Этот счет включает информацию, идентифицирующую Вас и указывает Ваши диагноз и процедуру лечения.

Операции по медицинскому страхованию – Ваши медицинские данные могут использоваться или раскрываться с целью выполнения необходимых действий, связанных с предоставлением льгот или услуг. Например, эти действия могут включать процедуры по улучшению качества и сокращению цен, – такие, как проведение или организация

медицинских проверок, исследования по улучшению качества, аудиторные проверки, управление, или общее администрирование.

Другие случаи, в которых Ваши медицинские данные могут использоваться или раскрываться без Вашего письменного разрешения:

Информирование Вас – Ваши медицинские данные могут использоваться с целью информирования Вас о предоставляемых услугах, касающихся вопросов здоровья и благополучия. Такими примерами могут быть напоминание Вам о приеме (у врача), сообщение Вам об альтернативном лечении или предоставление Вам информации о льготах и услугах по здравоохранению.

Здравоохранение – Информация может быть сообщена управлению здравоохранения или другим полномочным правительственным структурам, по закону имеющим право собирать или получать информацию, чтобы помочь предотвратить или держать под контролем болезни, травмы, нетрудоспособность, инфекции, случаи жестокого обращения с детьми или с членами семьи. В число таких полномочных структур могут также входить местные, федеральные правительственные агентства и агентства штата. Например, Ваши медицинские данные могут быть предоставлены, если Вы заразились инфекционным заболеванием, или можете подвергнуться риску заражения, или распространения инфекции.

Контроль системы здравоохранения – Информация может быть сообщена другим правительственным агентствам для того, чтобы обеспечить контроль над системой здравоохранения. Примерами таких действий является лицензирование и инспектирование медицинских учреждений, аудиторные проверки, или другие процедуры надзора за системой здравоохранения.

Коронеры, судебно-медицинские эксперты, или директора похоронных бюро – Ваши медицинские данные могут быть выданы судебно-медицинским экспертам, коронерам, или директорам похоронных бюро, если это требуется, согласно закону, для выполнения их обязанностей. Например, эти данные могут быть необходимы для опознания умершего человека.

Донация органов – если Вы являетесь донором органов, Ваши медицинские данные могут быть выданы организации, которая находит или трансплантирует органы, для трансплантации или донации.

Компенсация для работников – Ваши данные могут быть предоставлены, в соответствии с законом Worker's Compensation «Компенсация для работников» или другим подобным законом.

Общественная безопасность – Ваши данные могут раскрываться с целью предотвращения или сокращения серьезной угрозы Вашему здоровью или безопасности, здоровью или безопасности другого человека или общества.

Особые правительственные функции – Ваша информация может предоставляться правительству или использоваться им для особых правительственных функций. Например, Ваши данные могут передаваться соответствующим военным ведомствам, если Вы состоите или состояли на службе в вооруженных силах США.

Правоохранительные органы – Ваша информация может быть раскрыта по требованию правовых или правоохранительных органов. Например, медицинские данные могут использоваться для опознания или нахождения пропавшего человека.

Суд или другие судебные разбирательства – Ваша информация может быть раскрыта в соответствии с судебным ордером.

Требования закона – В дополнение к вышеперечисленным случаям, в которых могут быть раскрыты Ваши медицинские данные, Медикейд может раскрыть Ваши данные в тех случаях, когда это требуется по-закону.

ВАШИ ПРАВА НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ
Вы имеете право:

На просмотр или копирование Ваших личных медицинских данных – Для того, чтобы просмотреть или сделать копию заявления на прием в программу, искового заявления, или других документов, рассматриваемых при принятии решения о предоставлении Вам услуг медицинского страхования, пошлите заполненную форму – требование по адресу, указанному в разделе «Использование Ваших прав» этого уведомления. Медикейд не предоставит Вам информацию, подготовленную для судебных процессов или судебных разбирательств. С Вас может взиматься плата, покрывающая расходы на обработку Вашего запроса.

Исправить информацию, если Вы считаете, что она неправильная или неполная – Для того, чтобы попросить исправить заявление на прием в программу, исковое заявление, или другие документы, рассматриваемые при принятии решения о предоставлении Вам услуг медицинского страхования, пошлите заполненную форму – требование по адресу, указанному в разделе «Использование Ваших прав» этого уведомления.. Ваш запрос будет рассмотрен. Если изменение не принимается, Вам укажут причину отказа в письменной форме, а также сообщат, каким образом Вы можете опротестовать решение.

Потребовать список лиц и организаций, которым была выдана Ваша информация, и почему это было сделано – Такой список не будет содержать информации, используемой при оплате Вашего лечения, для наших операций по медицинскому страхованию, или информации, уже предоставленной в предыдущем списке, для структур национальной безопасности, для правоохранительных органов/исправительных учреждений, или для проведения определенных действий по надзору за системой здравоохранения. Предоставленный Вам список будет включать дату выдачи, имя лица или название организации, краткое описание, и причину, по которой ему была выдана Ваша личная информация. Список не будет включать даты до 14 апреля 2003 года или более, чем 6-летней давности. Медикейд будет предоставлять один список в год бесплатно. За дополнительные списки с Вас может взиматься плата. Чтобы получить такой список, пошлите заполненную форму – требование по адресу, указанному в разделе «Использование Ваших прав» этого документа.

Потребовать ограничить использование или распространение Ваших медицинских данных при лечении, оплате или операциях по медицинскому страхованию – Вы имеете право потребовать наложить ограничения на то, как Ваша информация будет использоваться или раскрываться. Медикейд не обязан соглашаться с Вашим требованием ограничений. Ваше требование будет рассмотрено после того, как Вы пошлете заполненную форму – требование по нижеуказанному адресу. Мы сообщим Вам, можем ли мы согласиться с Вашими ограничениями или нет.

Потребовать, чтобы Вам сообщили информацию о Вашем здоровье таким образом или в таком месте, которое поможет обеспечить конфиденциальность Вашей информации – Вы имеете право указать, как и где Медикейд должен сообщить Вам Ваши медицинские данные. После того, как Вы послали заполненную форму – требование по адресу, указанному в разделе «Использование Ваших прав» этого документа, Ваш запрос будет рассмотрен, и Медикейд сообщит Вам, может ли он быть выполнен.

Получить письменную копию этого уведомления – Если Вы получили это уведомление с интернет-сайта DHS или по электронной почте (через имейл), то Вы имеете право попросить и получить письменную копию этого уведомления, позвонив в приемную службу по телефону: (800) 362-3002.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАШИХ ПРАВ

Чтобы использовать любое из этих прав или чтобы получить копию правильной формы – требования о конфиденциальности информации, заполнение которой необходимо для инспектирования, копирования, внесения поправок, ограничений, или получения отчета о Ваших медицинских данных, позвоните в приемную службу по телефону:

(800) 362-3002. Пошлите заполненную форму – требование о конфиденциальности информации DHCAA Privacy Officer «Чиновнику по вопросу конфиденциальности информации DHCAA» по адресу: Wisconsin Medicaid and BadgerCare Plus Member Services, P.O. Box 6678, Madison, WI 53716-0678.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ

Это уведомление может быть изменено или в него могут быть внесены поправки в любое время. Эти изменения будут распространяться на всю медицинскую информацию, включая все имеющиеся данные. Когда будут внесены изменения в положения уведомления, Вам будет выслано новое уведомление. Wisconsin Medicaid «Программа Медикейд Висконсина» также поместит новое уведомление на информационной странице своего интернет-сайта: <http://www.dhs.state.wi.us/Medicaid>. **До внесения изменений Медикейд будет следовать положениям действующего варианта уведомления.**

ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Если у Вас есть вопросы по любому пункту этого уведомления или Вы хотели бы получить дополнительную информацию о наших правилах по вопросу конфиденциальности информации, пожалуйста пишите по адресу: Wisconsin Medicaid and BadgerCare Plus Member Services, P.O. Box 6678, Madison, WI 53716-0678, или звоните: (800) 362-3002 (телефон/телетайп).

ЖАЛОБЫ

Вы не потеряете льготы или возможность участия в программе и Вам не придется отвечать каким-либо иным образом за подачу жалобы. Если вы считаете, что Ваше право на конфиденциальность личной информации было нарушено, или Вы хотите подать жалобу о том, каким образом Медикейд обращается с Вашими медицинскими данными, или Вы не согласны с каким-либо пунктом этого уведомления, пожалуйста пошлите жалобу в письменной форме DHCAA Privacy Officer «Чиновнику по вопросу конфиденциальности информации DHCAA» по адресу: Wisconsin Medicaid and BadgerCare Plus Member Services, P.O. Box 6678, Madison, WI 53716-0678.

Вы можете также подать жалобу напрямую Секретарю в Department of Health and Human Services «Департамент здравоохранения и семейного обслуживания США», обратившись к Privacy Officer «Чиновнику по вопросу конфиденциальности информации» по адресу, Office of Civil Rights, Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20201. Для дополнительной информации, позвоните: (866) 627-7748.

Если у Вас нет вопросов по данному уведомлению, Вам ничего не нужно делать. Помните, что это уведомление не влияет на льготы Вашего медицинского страхования или на возможность их получения.

P-13040R (01/09)