

Защита и раскрытие медицинской информации участников

Защита медицинской информации участников

Для обеспечения безопасности защищенной медицинской информации (PHI) наших участников план Partnership HealthPlan of California (PHC) обязан соблюдать следующие правила защиты конфиденциальности медицинской информации. К этим правилам относятся Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) и Закон Калифорнии о конфиденциальности медицинской информации (California's Confidential Medical Information Act).

PHC может использовать или раскрывать PHI участников без их согласия только в предусмотренных законом случаях. Вот некоторые из них:

- Поставщику услуг в целях предоставления лечения или оплаты за услуги, полученные участником.
- В целях обеспечения работы плана. Сюда относятся качество обслуживания, бизнес-планирование, обслуживание участников, мероприятия по обеспечению безопасности.
- Государственным и окружным агентствам, контролирующим обслуживание участников.

Любое другое использование или раскрытие PHI должно осуществляться при наличии предварительного согласия от участника.

Как может участник запросить PHI или разрешить ее раскрытие

Для участника: Участник плана может запросить свою PHI, заполнив прилагаемую форму запроса данных и выполнив содержащиеся в ней инструкции.

Для уполномоченного представителя: Участники могут предоставить доступ к своей PHI другу, члену семьи или иному лицу, для чего необходимо сделать следующее:

- Заполнить и подписать форму раскрытия информации или форму назначения уполномоченного представителя (обе формы содержатся в приложении).
- Позвонить в Отдел обслуживания участников по телефону (800) 863-4155 и дать свое устное согласие на раскрытие PHI по телефону определенному лицу. **(Срок действия такого согласия истекает в 5 р.т. следующего рабочего дня.)**
- Назначить уполномоченного представителя, который должен предоставить доказательство своих юридических полномочий действовать от имени участника. В приложении вы найдете форму назначения личного представителя, содержащую инструкции.

PHC может потребоваться установить личность лица, запрашивающего PHI участника.

Участник может отозвать свое согласие на раскрытие PHI письменно или по телефону (800) 863-4155. Сделать это можно в любой момент времени, если только PHC еще не раскрыл PHI в соответствии с ранее полученным разрешением.

Примечание: Описанные выше правила раскрытия применяются к РНИ, не имеющей статус закрытой. К закрытой РНИ относятся сведения о психическом здоровье, злоупотреблении веществами, репродуктивном и сексуальном здоровье и результаты генетического тестирования. Для раскрытия закрытой РНИ необходимо письменное разрешение.

Eureka | Fairfield | Redding | Santa Rosa
(707) 863-4100 | www.partnershiphp.org