Другие форматы и языки
Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочтительном для вас формате бесплатно. Свяжитесь со специалистами Explore Health по адресу электронной почты explorehealth@oha.oregon.gov или по телефону 855-268-3767 (голосовая связь). Мы принимаем все звонки диспетчерской службы для лиц с нарушениями слуха.

Политика конфиденциальности

Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

Как правило, большая часть сведений о вашем здоровье и страховых выплатах хранится в вашей страховой компании, а не в Explore Health, не на Платформе программ медицинского страхования штата Орегон и не в Управлении здравоохранения штата Орегон (OHA). Однако поскольку Explore Health является платформой программ медицинского страхования штата Орегон, у нас может быть некоторая информация, когда мы проверяем ваше право на получение страхового покрытия через платформу, определяем потенциальное право на участие в программах плана медицинского страхования в штате Орегон (OHP) или координируем работу с OHP, когда это требуется.

В этом уведомлении описывается, как медицинская информация о вас может использоваться и раскрываться в рамках программ Explore Health и OHA, связанных с определением права на участие и координацией, а также разъясняется, как вы можете получить доступ к этой информации. Внимательно ознакомьтесь с ним.

Ваши права

У вас есть право на:

- Запрос конфиденциальных способов связи
- Просьбу к нам ограничить объем передаваемой информации
- Получение списка лиц, которым мы передавали информацию о вас
- Получение копии этого уведомления о конфиденциальности
- Назначение лица, уполномоченного действовать от вашего имени
- Подачу жалобы, если считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены

Дополнительную информацию об этих правах и о том, как ими воспользоваться, см. на странице 2.

Ваш выбор

У вас есть определенные возможности выбора в отношении того, как мы используем и передаем информацию о следующем:

- Предоставление ответов на вопросы о страховом покрытии от членов вашей семьи и друзей

- Продвижение наших услуг. Мы не используем вашу защищенную медицинскую информацию (protected health information, PHI) в маркетинговых целях без вашего письменного разрешения
- Продажа информации о вас. Мы не продаем вашу PHI.

Дополнительную информацию об этих возможностях выбора и о том, как ими воспользоваться, см. на страницах 3 и 4.

Случаи использования и раскрытия информации нами

Мы можем использовать и передавать информацию о вас в следующих целях:

- Ведение нашей основной деятельности, включая проверку права на участие в OHP, права на участие в Explore Health и координацию с программами OHP
- Проведение исследований, включая участие в утвержденных институциональным наблюдательным советом (IRB) процессах, обеспечивающих защиту вашей конфиденциальности и прав
- Соблюдение требований законодательства
- Рассмотрение запросов по компенсациям работникам, запросов правоохранительных органов и других государственных органов
- Реагирование на судебные иски и процессуальные действия

Дополнительную информацию об этих возможностях выбора и о том, как ими воспользоваться, см. на страницах 4 и 5

Ваши права

У вас есть определенные права в отношении вашей медицинской информации.

В этом разделе разъясняются ваши права и некоторые наши обязанности по оказанию вам помощи.

Запрос конфиденциальных способов связи

- Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или отправлять почту по другому адресу.
- Мы рассмотрим все обоснованные запросы и обязаны ответить согласием, если вы сообщите нам, что в противном случае подвергнетесь опасности.

Просьба к нам ограничить объем используемой или передаваемой информации

- Вы можете попросить нас не использовать и не передавать определенную медицинскую информацию для ведения нашей деятельности.
- Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом и можем ответить отказом

Получение списка лиц, которым мы передавали информацию

- Вы можете запросить перечень (отчет) случаев передачи вашей медицинской информации за шесть лет до даты вашего запроса с указанием того, кому и по какой причине мы ее передавали.

- Мы включим в него все случаи раскрытия, за исключением случаев, связанных с лечением, оплатой, медицинской деятельностью, и некоторых других.
  Мы предоставляем один отчет в год бесплатно, однако взимаем обоснованную плату для покрытия расходов, если вы запросите еще один отчет в течение 12 месяцев.

Получение копии этого уведомления о конфиденциальности

- Вы можете в любое время запросить бумажную копию этого уведомления, даже если согласились получать уведомление в электронном виде.
  Мы своевременно предоставим вам бумажную копию.

Назначение лица, уполномоченного действовать от вашего имени

- Если вы оформили на кого-либо медицинскую доверенность или если кто-либо является вашим законным опекуном, это лицо может осуществлять ваши права и делать выбор в отношении информации о вашем здоровье.
- Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы убедимся в том, что лицо обладает такими полномочиями и может действовать от вашего имени.

Подача жалобы, если считаете, что ваши права нарушены

- Если считаете, что мы нарушили ваши права, можно подать жалобу, связавшись с нами по контактным данным, указанным на страницах 6 и 7.
- Можно подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США, направив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону 877-696-6775 или посетив сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- Мы не будем предпринимать ответных мер против вас в связи с подачей жалобы.

Ваш выбор

В отношении определенной медицинской информации вы можете сообщить нам свои предпочтения касательно того, какими данными мы делимся. Если у вас есть четкие предпочтения относительно того, как мы передаем информацию о вас в описанных ниже ситуациях, сообщите нам об этом. Сообщите нам о своих пожеланиях, и мы будем следовать вашим указаниям.

В этих случаях вы имеете как право, так и возможность выбора дать нам указание:

- Передавать информацию членам вашей семьи, близким друзьям или другим лицам, участвующим в оплате ухода за вами.
- Передавать информацию в условиях ликвидации последствий стихийных бедствий или катастроф, если вы не можете сообщить нам о своих предпочтениях. Например, если вы без сознания, мы можем передать информацию о вас, если сочтем, что это отвечает вашим наилучшим интересам. Мы также можем передать информацию о вас при необходимости уменьшить серьезную и непосредственную угрозу здоровью или безопасности.

В следующих случаях мы никогда не передаем информацию о вас без вашего письменного разрешения:

- Маркетинговые цели
- Продажа информации о вас
- Большинство записей сеансов психотерапии

Случаи использования и раскрытия информации нами

Как мы обычно используем или передаем информацию о вашем здоровье?

Мы обычно используем или передаем информацию о вашем здоровье для следующих целей:

Ведение деятельности нашей организации

- Мы можем использовать и раскрывать информацию о вас для ведения деятельности нашей организации и связи с вами при необходимости.
- Нам запрещено использовать генетическую информацию для принятия решения о вашей регистрации в плане медицинского страхования.

Каким еще образом мы можем использовать или передавать информацию о вашем здоровье?

Нам разрешено или требуется передавать информацию о вас иными способами — как правило, в целях общественного блага, например для охраны общественного здоровья и проведения исследований. Прежде чем передавать информацию о вас в этих целях, мы обязаны выполнить ряд установленных законом условий. Дополнительную информацию см. на сайте: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Содействие в вопросах общественного здоровья и безопасности

- Мы можем передавать информацию о вашем здоровье в определенных ситуациях, таких как:
- Профилактика заболеваний
- Содействие при отзыве продукции
- Информирование о нежелательных реакциях на лекарственные препараты
- Информирование о предполагаемом жестоком обращении, пренебрежительном отношении или домашнем насилии
- Предотвращение или снижение серьезной угрозы здоровью либо безопасности кого-либо

Проведение исследований

- Мы можем использовать или передавать информацию о вас для исследований в области здравоохранения, включая участие в утвержденных институциональным наблюдательным советом (IRB) процессах, обеспечивающих защиту вашей конфиденциальности и прав.

Соблюдение требований законодательства

- Мы передадим информацию о вас, если этого требуют законы штата или федеральные законы, в том числе Министерству здравоохранения и социальных служб, если оно

пожелает убедиться в соблюдении нами федерального законодательства о неприкосновенности частной жизни.

Рассмотрение запросов по компенсациям работникам, запросов правоохранительных органов и других государственных органов

- Мы можем использовать или передавать медицинскую информацию о вас в следующих случаях:
- При рассмотрении заявлений о выплате компенсаций работникам
- В целях обеспечения правопорядка или при взаимодействии с должностным лицом правоохранительных органов
- При взаимодействии с органами надзора за сферой здравоохранения для осуществления деятельности, разрешенной законом
- Для осуществления специальных государственных функций, таких как обеспечение военной деятельности, национальной безопасности и охраны президента

Реагирование на судебные иски и процессуальные действия

- Мы можем передавать медицинскую информацию о вас во исполнение судебного или административного постановления, а также судебного приказа.
- Федеральные законы и законы штата о конфиденциальности: Explore Health соблюдает требования федерального законодательства и законодательства штата о неприкосновенности частной жизни, включая законы о злоупотреблении алкоголем и наркотиками и их лечении, а также о психических расстройствах и их лечении.
- Если Explore Health передает информацию третьему лицу с вашего согласия, на такую информацию могут более не распространяться правила конфиденциальности, и лицо, получающее информацию, может быть не обязано обеспечивать ее защиту. Они могут передать информацию о вас кому-либо еще без вашего согласия.

Наши обязанности

- По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей защищенной медицинской информации.
- Мы используем электронные средства защиты, такие как шифрование, контроль доступа и аудит, для защиты вашей информации и обеспечения доступа к ней только уполномоченного персонала.
- Мы незамедлительно уведомим вас в случае утечки данных, которая может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей информации. Закон о сохранении медицинского страхования и персонифицированном учете в здравоохранении 1996 года требует, чтобы мы уведомили вас без неоправданной задержки и не позднее 60 дней с момента обнаружения утечки данных.
- Мы обязаны соблюдать обязанности и правила в отношении обеспечения конфиденциальности, описанные в этом уведомлении.
- Мы не будем использовать или передавать информацию о вас иначе, чем описано в этом документе, за исключением случаев, когда вы дадите нам письменное разрешение. Если вы дадите нам такое разрешение, изменить решение можно в любое время. Если измените свое решение, сообщите нам об этом в письменной форме.

Дополнительную информацию см. на сайте www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Изменения условий этого уведомления

Мы можем изменять условия этого уведомления, и такие изменения будут применяться ко всей имеющейся у нас информации о вас. Новое уведомление будет предоставляться по запросу и размещаться на нашем сайте, а также мы направим вам его копию по почте, если вы об этом попросите.

Настоящее уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности распространяется на Explore Health (платформу медицинского страхования штата Орегон).

Чтобы воспользоваться любым из указанных выше прав на конфиденциальность, можно связаться со специалистами Explore Health по телефону 855-268-3767 (принимаются все вызовы через диспетчерскую службу для лиц с нарушениями слуха) или по адресу электронной почты explorehealth@oha.oregon.gov.

Чтобы запросить это уведомление на другом языке, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом формате, позвоните по телефону 855-268-3767 (принимаются все вызовы через диспетчерскую службу для лиц с нарушениями слуха).

Oregon Health Insurance Marketplace
Oregon Health Authority
PO Box 191
Salem, OR 97308
Адрес электронной почты: explorehealth@oha.oregon.gov
Телефон: 855-268-3767 (принимаются вызовы через диспетчерскую службу для лиц с нарушениями слуха)
Политика разработана 10/30/2026

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (принимаются вызовы через диспетчерскую службу для лиц с нарушениями слуха)
ExploreHealthOR.gov

OREGON HEALTH AUTHORITY
EXPLORE HEALTH