

Согласно Закону о мобильности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), вы имеете право просматривать и запрашивать копии медицинской информации, хранящейся в документации о вас, то есть среди сведений, имеющих в распоряжении плана Santa Clara Family Health Plan (SCFHP).

Сюда относятся, среди прочего:

- сведения об участнике;
- данные о праве на участие в плане;
- информация о претензиях на страховые выплаты;
- записи о разрешении на лечение и о направлениях к специалистам или в учреждения здравоохранения;
- другие данные, помогающие сотрудникам SCFHP определять качество обслуживания и потребности участника.

Медицинская документация в полном объеме хранится в кабинете лечащего врача, куда можно позвонить, чтобы запросить ее.

Ниже перечислены типы сведений, к которым ваше право на доступ не применяется.

- Данные о психотерапии и психическом здоровье.
- Информация, необходимая для гражданских, уголовных и административных исков или разбирательств.
- Защищенная медицинская информация, которая:
  - а) подпадает под действие Поправок от 1988 года о совершенствовании клинических лабораторий (Clinical Laboratory Improvements Amendments, CLIA), определение которым дано в параграфе 263а раздела 42 Кодекса США (U.S. Code, USC), в той мере, в которой предоставление вам доступа к ней запрещено законом;
  - б) согласно подпункту (2) пункта (а) параграфа 493.3 раздела 42 Свода федеральных нормативных актов (Code of Federal Regulations, CFR) не подпадает под действие CLIA.

Вы можете запросить копию своей медицинской документации, хранящейся у SCFHP, заполнив приведенную ниже форму. Администрация плана одобрит или отклонит ваш запрос не позднее чем через 30 дней с даты его получения.

Если будет решено, что вы не имеете права просматривать и/или копировать данные с документации о вас, мы сообщим вам об этом в письменном виде и укажем:

- причины отказа предоставить вам доступ к документации;
- дополнительную информацию о возможности пересмотра решения, если вы имеете право на него.

Если же ваш запрос будет одобрен, то мы:

- сообщим, что даем вам доступ к документации;
- разъясним, как именно вы будете получать сведения.

Укажите ниже, к каким именно данным запрашиваете доступ. Мы можем отказать вам, если запрашиваемая информация указана выше как недоступная или ее происхождение не касается SCFHP.

---

---

---

---

В каком виде вы хотите получить сведения?

- В виде бумажных копий (фотокопий) лично [см. адрес ниже]  
**Santa Clara Family Health Plan**  
**6201 San Ignacio Ave.**  
**San Jose, CA 95119**

Когда вы сможете явиться в офис SCFHP, чтобы забрать копии?

\_\_\_\_\_ Дата и время

- По факсу на номер

\_\_\_\_\_

- По электронной почте на адрес

\_\_\_\_\_

- По обычной почте на адрес

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>y</sup> Если SCFHP будет не в состоянии отправить вам информацию указанным способом, то предложит другие форматы.

<sup>y</sup> **Краткий обзор сведений в документации о вас**

В некоторых случаях SCFHP в соответствии с законом может предоставить вам меньше данных, чем вы запрашиваете. Если мы определим, что не можем дать вам доступ ко всей запрашиваемой информации, то подготовим ее краткий обзор.

Вы согласны получить краткий обзор запрашиваемой информации вместо ее копий?

- Да  Нет

### Оплата копирования данных

Администрация плана SCFHP может попросить вас покрыть траты на создание копий, выполнение сопутствующих задач, подготовку краткого обзора запрашиваемых сведений и почтовые расходы. Вам сообщат полную сумму после ее определения.

Вы согласны получить от администрации плана SCFHP счет за создание копий запрашиваемых данных и/или подготовку их краткого обзора?

Да  Нет

---

Полное имя участника (печатными буквами)

Дата

---

Подпись участника

Если вы подписываете форму за участника, например от имени своего ребенка или недееспособного взрослого, заполните поля ниже.

---

Полное имя личного представителя

Дата

---

Кем приходится участнику

Если у вас есть вопросы, пожалуйста, позвоните в службу поддержки клиентов:

Участники программы Medi-Cal:

Позвоните по номеру

**1-800-260-2055** (телетайп: **711**)

С понедельника по пятницу с  
8:30 утра до 5:00 вечера.

Участники программы SCFHP DualConnect  
(HMO D-SNP):

Позвоните по номеру **1-877-723-4795**

(телетайп: **711**)

График работы: ежедневно с 8 а.м.  
до 8 р.м.

Верните заполненную форму одним из указанных ниже способов.

**По почте:**

Santa Clara Family Health Plan  
Attn: Customer Service  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

**По факсу:**

Santa Clara Family Health Plan  
Attn: Customer Service  
1-408-874-1965

---

Santa Clara Family Health Plan DualConnect является планом медицинского страхования HMO D-SNP по договору с Medicare и Medi-Cal. Регистрация в страховом плане DualConnect зависит от продления контракта.