

Health Information Exchange (HIE) Форма отказа / согласия участника

Partnership HealthPlan of California (PHC) сохраняет вашу защищенную медицинскую информацию (PHI) в электронном формате. Ваши поставщики медицинских услуг могут раскрывать вашу медицинскую информацию, касающуюся жизненно важных параметров, в целях повышения скорости, качества и безопасности вашего медицинского обслуживания, а также снижения его стоимости. PHC называет такой способ обмена вашими данными «Обменом медицинской информацией» (Health Information Exchange, HIE).

PHI — это ваша медицинская информация, такая как медицинские записи, результаты лабораторных анализов, рентгенологических исследований, сведения о рецептурных назначениях и оплате. **Если вы не желаете, чтобы мы раскрывали вашу защищенную медицинскую информацию, вам следует заполнить Форму отказа / согласия участника на предоставление защищенной медицинской информации в рамках HIE.** Затем следует подписать форму и отправить ее нам почтой, по факсу или принести лично.

Если вы не запретите нам разглашать вашу защищенную медицинскую информацию, это будет означать, что вы разрешаете PHC сообщать ваши данные. В дальнейшем вы всегда можете отозвать свое согласие, и PHC не будет сообщать новые данные о вас. Однако данные, которые уже были раскрыты, нельзя будет вернуть.

Еще одним типом защищенной медицинской информации является **конфиденциальная** защищенная медицинская информация (PHI), такая как сведения о диагнозах и лечении психиатрических заболеваний; сведения об алкогольной и наркотической зависимости или их лечении; сведения о заболеваниях, передаваемых половым путем; сведения о противозачаточных средствах; результаты генетических тестов; и результаты тестов на ВИЧ. Мы НЕ будем сообщать вашу конфиденциальную PHI без вашего письменного разрешения. **Если вы желаете, чтобы мы раскрывали вашу защищенную медицинскую информацию, вам следует заполнить Форму отказа / согласия участника на предоставление конфиденциальной защищенной медицинской информации в рамках HIE.** Затем следует подписать форму и отправить ее нам почтой, по факсу или принести лично.

Вам не будет отказано в лечении, если вы измените свое решение в отношении согласия на обмен вашей PHI. Ваше решение не повлияет на ваши льготы в рамках программы Medi-Cal.

Если вам потребуется помощь в прочтении данного письма или у вас возникнут какие-либо вопросы, просим вас обращаться в представительство плана по телефону **(800) 863-4155**. Мы готовы предоставлять вам свои услуги с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Пользователям ТТУ следует набирать номер службы California Relay Service **(800) 735-2929** или номер **711**. Не забудьте посетить наш сайт по адресу www.partnershiphp.org.

Защищенная медицинская информация (PHI)

(например, медицинские записи врача, результаты лабораторных и рентгенологических исследований, сведения о рецептурных назначениях и оплате)

- Я прошу НЕ разглашать мою защищенную медицинскую информацию (PHI) в рамках системы обмена медицинской информацией (HIE), которую практикует РНС.
- Я ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на разглашение моей защищенной медицинской информации (PHI) РНС. Я понимаю, что теперь моя прежняя и будущая медицинская информация будет доступна всем моим поставщикам медицинских услуг, сетям HIE и РНС. Я также подтверждаю, что РНС может предоставлять мою защищенную медицинскую информацию своим партнерам в рамках системы обмена медицинской информацией (HIE).

Конфиденциальная защищенная медицинская информация (PHI)

(например, психиатрические диагнозы и сведения о лечении психических заболеваний; сведения об алкогольной и наркотической зависимости или их лечении; сведения о заболеваниях, передаваемых половым путем; сведения о противозачаточных средствах; результаты генетических тестов; и результаты тестов на ВИЧ).

- Я ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на разглашение РНС моей конфиденциальной защищенной медицинской информации (PHI). Я понимаю, что теперь моя прежняя и будущая медицинская информация будет доступна всем моим поставщикам медицинских услуг, сетям HIE и РНС. Я также подтверждаю, что теперь РНС может предоставлять мою конфиденциальную защищенную медицинскую информацию своим партнерам в рамках системы обмена медицинской информацией (HIE).
- Я прошу НЕ разглашать мою конфиденциальную защищенную медицинскую информацию (PHI) в рамках системы обмена медицинской информацией (HIE), которую практикует РНС.

Имя участника:	Дата рождения:
Или имя и фамилия личного представителя:	
Какими юридическими полномочиями вы обладаете для осуществления действий от имени участника плана • Родитель • Опекун • Доверенное лицо • Душеприказчик/доверенный управляющий • Другое	
Подпись:	
Ид. № участника:	
Дата:	

Отправьте заполненную форму по почте на адрес:
Partnership HealthPlan of California
для передачи в Отдел обслуживания участников
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

Или отправьте заполненную форму по факсу на номер:
Факс: (707) 863-4415