

**HANNAFORD SUPERMARKETS**  
**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ**  
**ДЛЯ АПТЕК**

Первоначальная дата вступления в силу: 14 апреля 2003 г.  
Обновлено: 1 сентября 2010 г., 1 сентября 2013 г., 1 августа 2021 г.

**В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ИЗЛОЖЕН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОЧИТАЙТЕ ЕГО ВНИМАТЕЛЬНО.**

Компания Hannaford Bros. Co., LLC на протяжении долгого времени поддерживает твердое обязательство о защите личной информации наших клиентов. В настоящем Уведомлении описаны меры защиты личной информации, применяемые при обслуживании в аптеках Hannaford Pharmacies. Посещая любую из наших аптек или пользуясь ее услугами, вы можете рассчитывать на защиту своей личной медицинской информации в соответствии с данным Уведомлением.

Согласно закону мы обязаны поддерживать конфиденциальность вашей медицинской информации, предоставлять вам настоящее детальное Уведомление о наших юридических обязанностях и порядке обращения с вашей личной медицинской информацией, а также соблюдать условия действующего в настоящее время Уведомления. Мы также обязаны уведомить вас в случае нарушения конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации («ЗМИ»). Дополнительную информацию вы можете найти на: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html). Мы не будем использовать вашу информацию или предоставлять ее кому-либо за исключением случаев, указанных в настоящем документе.

**I. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ, ОПЛАТЫ И РЕШЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ЗАДАЧ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Использование и раскрытие медицинской информации для целей лечения, оплаты и решения административных задач в области здравоохранения разрешено в соответствии с федеральными законами о защите личной информации и вашим разрешением, которое вы подтвердили, поставив подпись в аптеке. Ниже перечислены различные возможные способы использования и раскрытия нами вашей защищенной медицинской информации в рамках этих целей.

**Для лечения.** Мы будем использовать и раскрывать вашу ЗМИ в ходе предоставления вам аптечных услуг и можем раскрывать ее другим поставщикам услуг, участвующим в оказании вам помощи. Например, сотрудники нашей аптеки будут использовать вашу ЗМИ при выдаче вам рецептурных препаратов в соответствии с распоряжениями вашего поставщика медицинских услуг. Мы можем связаться с вашим поставщиком для обсуждения вашего рецепта, возможных взаимодействий между лекарственными препаратами или других вопросов.

**Для оплаты.** Мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ для выставления счетов и проведения оплаты в наших аптеках или для выставления счетов и проведения оплаты другим поставщикам медицинских услуг. Мы можем предоставлять вашу ЗМИ вашему представителю, страховой компании или компании, организующей медицинское обслуживание, Medicare, Medicaid, другим сторонним плательщикам или иным организациям здравоохранения. Например, мы можем связаться с вашей страховой компанией, чтобы подтвердить покрытие вашим страховым планом определенных рецептурных препаратов или величину вашего участия в оплате.

**Для решения административных задач в области здравоохранения.** Мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ, если это необходимо для решения наших административных задач в области здравоохранения, в частности, для целей управления, оценки персонала, образования и обучения. Например, мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ в ходе анализа и совершенствования качества наших услуг.

**Напоминания о получении препаратов по рецепту.** Мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ для направления «напоминаний о повторном получении препаратов», чтобы сообщить вам, что препарат по рецепту ожидает вас в аптеке или что рецепт необходимо выписать снова.

**Альтернативные способы лечения и связанные со здоровьем бонусы и услуги.** Мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ, чтобы предоставить вам информацию об альтернативных способах лечения и связанных со здоровьем бонусах и услугах, которые могут вас заинтересовать. Мы не будем продавать списки клиентов аптек или иную ЗМИ третьим лицам для целей маркетинга.

**II. ОСОБЫЕ СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Ниже перечислены различные возможные случаи использования и раскрытия нами вашей ЗМИ.

**Пациенту или его Личному представителю для собственного пользования.** По запросу мы можем предоставлять вашу ЗМИ вам или вашему Личному представителю (лицу, которое по закону уполномочено действовать от вашего имени по вопросам здравоохранения).

**Лицам, участвующим в оказании вам медицинской помощи или ее оплате.** При отсутствии вашего письменного возражения мы можем предоставлять касающуюся вас ЗМИ члену вашей семьи, близкому другу или специалисту по уходу, который участвует в оказании вам медицинской помощи или ее оплате, а также раскрывать ЗМИ для уведомления члена вашей семьи, близкого друга или специалиста по уходу о вашем общем состоянии или местонахождении. Помимо случаев, когда член вашей семьи по закону уполномочен действовать от вашего имени, мы будем предоставлять только ту информацию, которая связана с участием этого члена семьи в оказании вам помощи или оплате предоставляемой вам помощи.

**В соответствии с законом.** Мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ, когда этого от нас требует законодательство.

**Для надзора за здравоохранением.** Мы можем предоставлять вашу ЗМИ органу по надзору за здравоохранением, например, Совету по делам аптек, для деятельности, которая разрешена или поручена ему в соответствии с законом, включая проведение аудита, расследований и инспекций, или для деятельности, связанной с государственным надзором за системой здравоохранения.

**Бизнес-партнерам.** Мы можем предоставлять вашу ЗМИ подрядчику или поставщику услуг (“бизнес-партнер”), которому эта информация необходима для выполнения услуг в интересах Аптеки и который обязуется защищать конфиденциальность этой информации.

### **III. РАЗРЕШЕННОЕ РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

Помимо указанного выше, мы можем раскрывать информацию в следующих случаях с учетом условий и ограничений, установленных федеральным законодательством и законами штатов. Примечание: в некоторых обстоятельствах раскрытие информации в перечисленных ниже случаях может требоваться по закону и, таким образом, также подпадает под действие вышеприведенного Раздела II.

**Общественное здравоохранение.** Мы можем предоставлять вашу ЗМИ органу общественного здравоохранения, который отвечает, например, за профилактику заболеваний, травм и нетрудоспособности или борьбу с ними.

**Уведомление о жертвах жестокого обращения, пренебрежения обязанностями или бытового насилия.** Если у нас есть основания считать, что вы стали жертвой жестокого обращения, пренебрежения обязанностями или бытового насилия, мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ для уведомления соответствующего государственного органа, если это разрешено или требуется в соответствии с законом.

**Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности.** Если это необходимо для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью или безопасности, здоровью или безопасности другого лица или общества, мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ, ограничивая ее раскрытие лицами, которые в состоянии помочь уменьшить или предотвратить вред, связанный с такой угрозой. Например, мы можем раскрывать ЗМИ для того, чтобы способствовать отзыву несоответствующей продукции или сообщить о нежелательных реакциях на медицинские препараты.

**Для проведения исследования.** При определенных обстоятельствах мы можем использовать или предоставлять вашу информацию в исследовательских целях при условии соблюдения процедур, требуемых по закону для защиты конфиденциальности данных исследования.

**Судебные и административные процедуры.** Мы можем раскрывать вашу ЗМИ в ответ на постановление суда или административного органа. Мы также можем раскрывать вашу ЗМИ в ответ на судебную повестку, запрос материалов или иную законную процедуру, если мы получим подтверждение, что запрашивающая эту информацию сторона предприняла разумные усилия, чтобы либо (i) уведомить вас о запросе и дать вам возможность представить возражения, либо (ii) получить надлежащий судебный приказ, ограничивающий раскрытие информации.

**Охрана правопорядка.** Мы можем раскрывать вашу ЗМИ для определенных целей охраны правопорядка, включая, например, выполнение требований по предоставлению отчетов, выполнение требований постановления суда, ордера или аналогичного юридического инструмента, либо в ответ на определенные запросы информации о преступлениях.

**Коронеры, судебно-медицинские эксперты, организаторы похорон, организации по приобретению органов для трансплантации.** В случае вашей смерти мы можем предоставлять вашу ЗМИ коронерам, судебно-медицинским экспертам, организаторам похорон либо, если вы являетесь донором органов, организациям по донорству органов и тканей.

**Помощь при чрезвычайных ситуациях.** Мы можем раскрывать ограниченную ЗМИ о вас организации, обеспечивающей помощь при чрезвычайных ситуациях.

**Вооруженные силы, ведомства по делам ветеранов и другие особые государственные органы.** Если вы служите в рядах вооруженных сил, мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ в соответствии с требованиями военного командования. Мы можем раскрывать ЗМИ в целях национальной безопасности или если это необходимо для защиты Президента Соединенных Штатов или ряда других руководителей либо для проведения определенных специальных расследований.

**Компенсации для работников.** Мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ в соответствии с законодательством, касающимся компенсаций для работников или аналогичных программ.

**Тюремное заключение или задержание.** Если вы задержаны правоохранительным органом или находитесь в исправительном учреждении, мы можем раскрывать вашу ЗМИ этому органу или учреждению для определенных целей, включая обеспечение здоровья и безопасности вас и других людей.

**Информаторы.** Если наш сотрудник или бизнес-партнер обоснованно полагает, что наши действия незаконны либо нарушают профессиональные или клинические стандарты, он может раскрыть вашу ЗМИ прокурору или органу здравоохранения, сообщая им о своих предположениях.

**Соблюдение и обеспечение соблюдения HIPAA.** Мы можем раскрыть вашу ЗМИ секретарю Министерства здравоохранения и социального обеспечения в целях соблюдения правил HIPAA и обеспечения их соблюдения.

#### **IV. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ С ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ**

Компания Hannaford не намерена использовать или раскрывать вашу ЗМИ за исключением случаев, описанных в данном Уведомлении.

В случае возникновения планов, включающих в себя использование или раскрытие ЗМИ для других целей, потребуется ваше разрешение на конкретное использование или раскрытие, причем вы можете в любое время отозвать такое разрешение в письменной форме. Принятие вами положений данного Уведомления не подразумевает автоматическую выдачу вами такого разрешения. Мы никогда не будем предоставлять вашу информацию в маркетинговых целях или продавать ее, если вы не предоставите нам письменное разрешение на это.

После того как медицинская информация о вас была раскрыта в соответствии с вашим разрешением, к такой раскрытой медицинской информации больше не может применяться защита HIPAA и эта информация может быть повторно раскрыта получателем без вашего или нашего ведома и разрешения.

#### **V. ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Ниже перечислены ваши права в отношении вашей ЗМИ. Для каждого из этих прав установлены определенные требования, ограничения и исключения. Для осуществления этих прав может потребоваться письменный запрос в Аптеку. По вашей просьбе Аптека предоставит вам необходимые формы для заполнения. Вы обладаете следующими правами:

**Запрос на ограничение.** Вы имеете право запросить ограничение нашего использования или раскрытия вашей ЗМИ для целей лечения, оплаты или решения административных задач в области здравоохранения. Вы также имеете право запросить ограничение предоставления касающейся вас ЗМИ члену вашей семьи, другу или другому лицу, участвующему в оказании вам медицинской помощи или ее оплате. Ваш соответствующий запрос должен быть направлен в письменной форме. Мы сообщим вам о согласии с вашим запросом в письменной форме.

Мы не должны обязательно соглашаться с запрошенными вами ограничениями (за исключением ситуации, когда вы находитесь в здравом уме и запрашиваете ограничение раскрытия информации членам вашей семьи или друзьям). Если мы согласимся принять запрошенное вами ограничение, мы будем соблюдать его, кроме случаев, когда потребуются иные действия для оказания вам экстренной помощи или в соответствии с федеральными законами и законами штатов. Тем не менее, если вы полностью оплатили рецепт наличными и не хотите, чтобы мы предоставляли страховой компании касающуюся этого рецепта ЗМИ для целей оплаты или решения административных задач в области здравоохранения, мы обязаны выполнить ваш запрос.

**Доступ к личной медицинской информации.** У вас есть право изучать свою защищенную медицинскую информацию и получать копию своей защищенной медицинской информации, которая может использоваться для принятия решений в отношении вас, — «определенный набор документов» — в течение всего срока хранения нами ЗМИ. Определенный набор документов обычно включает рецепты и счета, а также письменную информацию, которая может использоваться для принятия решений в отношении оказываемой вам помощи, за некоторыми исключениями. Ваш соответствующий запрос должен быть направлен в письменной форме. Как правило, мы обязаны предоставить доступ к вашей медицинской документации в течение 30 (тридцати) дней со дня получения запроса от вас. Для изучения и копирования своей ЗМИ вам следует направить запрос в письменном виде представителю по защите личной информации согласно закону HIPAA по указанному ниже адресу и заполнить соответствующую форму разрешения. В большинстве случаев мы можем взимать обоснованную плату для компенсации наших затрат на копирование и пересылку по почте запрошенной вами информации в соответствии с действующим законодательством.

Если вы запросите документацию, которая хранится не у нас, мы сообщим вам в письменной форме, если будем знать, где хранится соответствующая документация.

В определенных ограниченных обстоятельствах мы можем в письменной форме отказать в удовлетворении вашего запроса об изучении или получении копий документов. Если вам будет отказано в доступе к ЗМИ, вы можете потребовать пересмотра решения об отказе, отправив письменный запрос представителю по защите личной информации согласно закону HIPAA по указанному ниже адресу. Такой пересмотр будет проводиться лицензированным работником здравоохранения, который не участвовал в принятии решения об отказе.

Вы также имеете право получить соответствующую электронную ЗМИ в том объеме, в каком мы поддерживаем электронную медицинскую документацию по вашей ЗМИ, в электронной форме и в запрошенном вами формате, если он доступен, или в электронной форме и взаимно согласованном формате, если запрошенный вами формат недоступен, или же вы можете поручить нам направить такую электронную копию непосредственно указанному вами третьему лицу. Мы можем взимать обоснованную плату в соответствии с действующим законодательством для компенсации наших расходов на копирование, передачу и (или) отправку по почте вашей ЗМИ согласно вашему запросу.

- **Примечание: запрос копий рецептурной документации в аптеке, например, с целью подготовки налоговой декларации, не рассматривается как формальный Запрос доступа и обрабатывается непосредственно Аптекой. Если вы хотите воспользоваться правом на доступ к своей ЗМИ, попросите фармацевта предоставить вам специальную форму «Запрос доступа согласно HIPAA».**

**Запрос на исправление.** Вы имеете право запросить внесение исправлений в свою поддерживаемую Аптекой ЗМИ в течение всего срока, пока эта информация хранится в Аптеке или для ее целей. Такой запрос необходимо направить в письменной форме с указанием оснований для запрашиваемого исправления.

Мы можем отказать в удовлетворении вашего запроса, если соответствующая информация (а) не была создана Аптекой, за исключением случаев, когда нельзя связаться с изначальным составителем информации для выполнения вашего запроса; (б) не входит в ЗМИ, поддерживаемую Аптекой или для ее целей; (в) не входит в информацию, к которой вы имеете право доступа; или (г) уже является точной и полной, как определено Аптекой.

Если мы не можем удовлетворить ваш запрос на исправление, мы предоставим вам письменный отказ с указанием причин отказа и уведомлением о вашем праве направить письменное заявление о несогласии с ним.

- **Примечание: стандартные обращения в аптеку, например, об изменении вашего адреса или информации о страховании, не рассматриваются как формальные Запросы на исправление и обрабатываются непосредственно Аптекой. Если вы хотите воспользоваться правом на запрос на исправление своей ЗМИ, попросите фармацевта предоставить вам специальную форму «Запрос на исправление согласно HIPAA».**

**Запрос реестра видов раскрытия информации.** Вы имеете право запросить “реестр” определенных видов раскрытия вашей ЗМИ. Это список случаев раскрытия информации, произведенных Аптекой или другими лицами от нашего имени, помимо случаев раскрытия информации для целей лечения, оплаты и решения административных задач в области здравоохранения, а также раскрытия с вашего разрешения и некоторых других исключений.

Чтобы запросить реестр видов раскрытия информации, попросите фармацевта предоставить вам специальную форму «Запрос реестра видов раскрытия информации согласно HIPAA» и укажите период времени в пределах шести лет от даты запроса, а также список мест расположения всех аптек, для которых вы запрашиваете реестр. Первый реестр за 12-месячный период предоставляется бесплатно; за последующие запросы мы можем взимать плату для компенсации наших затрат.

**Запрос на альтернативный способ для конфиденциальной связи.** Вы имеете право направить запрос об использовании определенного способа для связи с вами по вопросам, касающимся вашего здоровья. Мы готовы выполнить все разумные запросы.

- **Примечание:** стандартные обращения в аптеку, например, с просьбой позвонить пациенту по другому номеру при поступлении лекарства, не рассматриваются как формальные Запросы на способ для конфиденциальной связи и обрабатываются непосредственно Аптекой. Если вы хотите воспользоваться правом на запрос на альтернативный способ для конфиденциальной связи, попросите фармацевта предоставить вам специальную форму «Запрос на способ для конфиденциальной связи согласно HIPAA».

**Запрос на представление ваших интересов другим лицом.** Если вы выдали другому лицу доверенность на право представлять интересы пациента в вашем лице или если другое лицо является вашим законным опекуном, то этот человек может осуществлять ваши права и делать выбор в отношении вашей медицинской информации. Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы должны будем удостовериться, что указанный человек имеет такие полномочия.

**Запрос бумажной копии данного уведомления.** Вы имеете право получить бумажную копию данного Уведомления, даже если согласились принять его в электронной форме. Вы можете запросить копию данного Уведомления в любое время. Кроме этого, копия данного Уведомления доступна на нашем веб-сайте [www.hannaford.com](http://www.hannaford.com) и в нашем приложении для аптек.

## **VI. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ПОДАЧА ПРЕТЕНЗИЙ**

Если у вас возникли какие-либо вопросы в связи с данным Уведомлением или если вы хотите получить дополнительную информацию о своих правах на защиту личной информации согласно HIPAA, обратитесь к уполномоченному лицу HIPAA по защите личной информации (HIPAA Privacy Officer) по телефону 207-885-3091, направив письмо по адресу P.O. Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 или по электронной почте [privacy@retailbusinessservices.com](mailto:privacy@retailbusinessservices.com). Если вы считаете, что ваши права на защиту личной информации были нарушены, вы можете подать претензию в письменной форме в Аптеку или в Отдел гражданских прав Департамента здравоохранения и социального обеспечения США. Если вы направите претензию, мы не будем принимать против вас никаких мер.

Чтобы подать претензию в Аптеку, попросите предоставить вам форму «Форма для подачи претензии согласно HIPAA» в своем магазине или обратитесь к уполномоченному лицу HIPAA по защите личной информации (HIPAA Privacy Officer), как указано выше. Чтобы подать претензию в Отдел гражданских прав, направьте ее по почте в письменной форме по адресу: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, по электронной почте по адресу [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov) или в электронной форме по ссылке [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf).

## **VII. ИЗМЕНЕНИЯ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ**

Мы сохраняем за собой право изменять данное Уведомление и распространять действие измененных или новых положений Уведомления на всю ЗМИ, уже полученную и поддерживаемую Аптеками, а также на всю ЗМИ, которую мы получим в будущем. Мы разместим копию измененного Уведомления на нашем веб-сайте [www.hannaford.com](http://www.hannaford.com), в нашем приложении, а также в аптеках Hannaford.

## **VIII. БОЛЕЕ СТРОГОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ШТАТА**

Если в вашем штате есть более строгие законы или постановления, чем постановление о конфиденциальности HIPAA, мы обязаны им следовать. Если вам нужна дополнительная информация о защите согласно законам штата в отношении вашего штата, обратитесь к уполномоченному лицу HIPAA по защите личной информации по телефону 207-885-3091, направив письмо по адресу P.O. Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 или по электронной почте [privacy@retailbusinessservices.com](mailto:privacy@retailbusinessservices.com).

### Подтверждение получения Уведомления о порядке обращения с личной информацией

Если вы не предоставили свою подпись, подтверждающую получение данного Уведомления, в аптеке, заполните приведенный ниже раздел, оторвите эту часть листа и отнесите ее в аптеку, где вы получили рецепт:

**Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что получил(-а) Уведомление о порядке обращения с личной информацией Hannaford Pharmacy:**

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия клиента

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Название / адрес аптеки

\_\_\_\_\_  
Номер рецепта

Если документ подписывается личным представителем пациента, укажите его/ее имя и фамилию, а также кем он/она приходится клиенту или иные полномочия действовать от имени клиента:

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Кем приходится пациенту