



**Уведомление О Порядке Использования Конфиденциальной Информации:** Дата вступления в силу: 26 марта 2013 г.; Дата последних изменений: 1 февраля 2026 г.

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ, КАК МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ВАШИ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ, А ТАКЖЕ КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К НИМ. ВНИМАТЕЛЬНО С НИМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ.

В настоящем Уведомлении описывается порядок использования конфиденциальной информации, применяемый к подразделениям аффилированной с Walmart гибридной покрываемой организации. Аффилированная покрываемая организация включает аптечные и офтальмологические (оптические) услуги Walmart Health & Wellness и Sam's Club Health & Wellness, а также услуги Walmart Healthcare Research Institute. Мы понимаем, что ваши медицинские данные носят конфиденциальный характер, и обязуемся защищать их. В соответствии с требованиями закона мы обязаны обеспечивать конфиденциальность ваших защищенных медицинских данных (Protected health information, PHI), предоставлять вам настоящее Уведомление о наших юридических обязанностях и порядке использования таких конфиденциальных данных, а также уведомлять вас о любом нарушении безопасности, связанном с вашими незащищенными медицинскими данными. Мы обязаны соблюдать условия настоящего Уведомления.

**Использование И Раскрытие Защищенных Медицинских Данных, Не Требующие Вашего Разрешения. 1. В Целях Лечения.** Мы имеем право использовать и раскрывать ваши защищенные медицинские данные в целях лечения, включая, помимо прочего, отпуск рецептурных лекарственных препаратов, постановку диагнозов, а также управление и координацию медицинской помощи между одним или несколькими вашими поставщиками медицинских услуг. Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные лечащим врачам, поставщикам медицинских услуг, аптекам, поставщикам офтальмологических и иных медицинских услуг с целью управления и координации вашего медицинского обслуживания или лечения. **2. В Целях Оплаты.** Мы имеем право использовать и раскрывать ваши защищенные медицинские данные для того, чтобы мы, а также другие покрываемые организации или поставщики медицинских услуг могли выставлять вам счета и получать оплату от вас, вашей страховой компании или третьих сторон. Это может включать проведение проверок права на страховое покрытие по программам Medicaid штата, Medicare или другим планам медицинского страхования, определение статуса участия, а также предоставление ваших защищенных медицинских данных организациям, которые помогают нам выставлять счета и взыскивать причитающиеся суммы. **3. В Целях Осуществления Медицинской Деятельности.** Мы имеем право использовать и раскрывать ваши защищенные медицинские данные в целях осуществления нашей медицинской деятельности, а также операционной деятельности в сфере здравоохранения других покрываемых организаций, с которыми у вас существуют или существовали отношения, включая внутреннее администрирование и планирование, а также деятельность, направленную на повышение качества и экономической эффективности медицинской помощи, предоставляемой вам. **4. Для Взаимодействия С Вами По Вопросам Продуктов И Услуг В Сфере Здравоохранения.** Мы имеем право использовать и раскрывать ваши защищенные медицинские данные для взаимодействия с вами по вопросам вашего лечения и связанных с ним аспектов, включая продукты и услуги в сфере здравоохранения, которые мы предоставляем. Например, мы можем использовать или раскрывать ваши защищенные медицинские данные для направления напоминаний о приемах и продлении рецептов, информирования вас о наших продуктах и услугах, а также уведомления о доступных профилактических мероприятиях и альтернативных методах лечения, в том числе предоставляемых в рамках исследовательских программ. **5. Для Лиц, Участвующих В Вашем Лечении Или Оплате Медицинской Помощи.** Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные члену семьи, иному родственнику, другу или другому лицу, указанному вами, которое участвует в оказании вам медицинской помощи или ее оплате, при условии что: (1) вы дали согласие на такое раскрытие; (2) у вас была возможность возразить против раскрытия, но вы этого не сделали; либо (3) исходя из обстоятельств и нашего профессионального суждения, мы пришли к выводу, что такое раскрытие является уместным. **6. В Случаях, Предусмотренных Законом.** Мы будем раскрывать вашу защищенные медицинские данные, когда, по нашему мнению, такое раскрытие требуется в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата или местным законодательством, на основании судебного приказа или иного аналогичного обязательного требования. **7. Для Предотвращения Серьезной Угрозы Здоровью Или Безопасности.** Мы имеем право использовать или раскрывать ваши защищенные медицинские данные в случаях, когда это необходимо для предотвращения или снижения серьезной угрозы здоровью или безопасности любого лица либо неопределенного круга лиц. **8. Для Целей Надзора В Сфере Здравоохранения.** Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные органам надзора в сфере здравоохранения для осуществления деятельности, разрешенной или требуемой законодательством, включая, помимо прочего, проведение аудитов, инспекций и лицензирования, а также иных мероприятий, необходимых для надзора за системой здравоохранения, программами предоставления льгот или соблюдением гражданских прав. **9. Для Обеспечения Общественного Здравоохранения И Безопасности.** Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные государственным органам для осуществления мероприятий в сфере общественного здравоохранения и безопасности, включая предотвращение или контроль заболеваний, травм или инвалидности, сообщение о случаях жестокого обращения, пренебрежения или домашнего насилия, а также информирование об отзыве лекарственных средств или о нежелательных реакциях на них. **10. В Рамках Судебных И Административных Разбирательств.** Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные в ходе судебного или административного разбирательства в ответ на судебное предписание либо иной предусмотренный законом процесс. **11. Правоохранительным Органам.** Мы имеем право раскрывать защищенные медицинские данные должностным лицам правоохранительных органов для отдельных правоохранительных целей, включая сообщение о преступлении, совершенном на нашей территории, либо предоставление информации в ответ на законные запросы правоохранительных органов. **12. Для Осуществления Специальных Функций Государственных Органов.** Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные: (1) если вы являетесь военнослужащим — в объеме, требуемом органами военного командования; (2) если вы являетесь заключенным или находитесь под стражей — исправительному учреждению либо должностному лицу правоохранительных органов; (3) в ответ на запрос правоохранительных органов — при соблюдении определенных условий; (4) в целях обеспечения национальной безопасности — в случаях, предусмотренных законом; (5) уполномоченным федеральным должностным лицом для защиты Президента США, иных уполномоченных лиц либо глав иностранных государств. **13. В Целях Обеспечения Страхования От Несчастных Случаев На Производстве.** Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные в соответствии с законодательством штата, регулирующим вопросы страхования работников от несчастных случаев на производстве, либо другими аналогичными программами. **14. В Целях Донорства Органов И Тканей.** Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные организациям по заготовке органов или аналогичным организациям в целях донорства или трансплантации органов и/или тканей. **15. Коронерам И Похоронным Службам.** Мы имеем право передавать защищенные медицинские данные директору похоронного бюро, коронеру или судебно-медицинскому эксперту в соответствии с применимыми правовыми нормами в объеме, необходимом для исполнения ими своих обязанностей. **16. Законным Представителям.** Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные лицу, законным образом уполномоченному действовать от вашего имени, включая, помимо прочего, родителю, законному опекуну, администратору наследственного имущества или исполнителю завещания. **17. В Качестве Подтверждения Вакцинации.** Мы имеем право предоставлять образовательному учреждению подтверждение происхождения вакцинации учащегося или потенциального учащегося, если этого требует закон, при наличии разрешения родителя или законного опекуна, эмансипированного несовершеннолетнего либо иного уполномоченного лица — в применимых случаях. **18. Для Научных Исследований.** Мы имеем право использовать или раскрывать ваши защищенные медицинские данные в связи со следующими исследовательскими целями: (1) на основании отказа от получения согласия, предоставленного институциональным наблюдательным советом или советом по вопросам конфиденциальности; (2) в рамках подготовки к проведению исследований и (3) в виде ограниченного набора данных (защищенные медицинские данные, из которых удалено большинство идентифицирующих сведений). **19. Деловым Партнерам.** Мы имеем право раскрывать ваши защищенные медицинские данные деловым партнерам, с которыми мы заключаем договоры на оказание определенных услуг, включая, помимо прочего, услуги по выставлению счетов или административному сопровождению.

**Использование И Раскрытие Защищенных Медицинских Данных, Требующие Вашего Разрешения.** За исключением случаев, прямо указанных в настоящем Уведомлении, мы не будем использовать ваши защищенные медицинские данные или раскрывать их без вашего разрешения, если иное не допускается применимым законодательством. Вы можете в любое время отозвать ранее выданное разрешение в письменной форме — в порядке, указанном в разрешении, либо направив письменное уведомление по адресу: HIPAA Compliance, 1 Customer Drive, Mailstop 0230, Bentonville, AR 72716. Отзыв разрешения прекращает дальнейшее использование или раскрытие защищенных медицинских данных в целях, указанных в подписанном вами разрешении, за исключением случаев, когда мы уже предприняли действия, полагаясь на такое разрешение, либо когда это запрещено законом. Мы также обязуемся соблюдать применимое законодательство, устанавливающее более строгие требования, чем те, которые предусмотрены HIPAA. **1. Продажа Защищенных Медицинских Данных.** Мы обязуемся не продавать ваши защищенные медицинские данные без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, прямо допускаемых HIPAA. **2. Записи Сеансов Психотерапии.** За исключением ограниченного круга случаев, мы не можем использовать или раскрывать записи сеансов психотерапии, сделанные специалистом в области психического здоровья и отражающие содержание ваших бесед в ходе консультационных сеансов, без вашего разрешения. **3. Маркетинг.** Мы должны



получить ваше письменное разрешение до того, как использовать или раскрывать ваши защищенные медицинские данные в маркетинговых целях. **4. В Целях Научных Исследований.** Мы имеем право использовать или раскрывать ваши защищенные медицинские данные в других исследовательских целях, не указанных выше, исключительно при наличии вашего разрешения.

**Записи Программ, Подпадающих Под Действие Части 2.** Мы можем получать ваши защищенные медицинские данные от программы по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, которые включают информацию, подпадающую под действие 42 CFR Part 2 («Часть 2»), регулирующей конфиденциальность записей о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Часть 2 предусматривает дополнительные меры по обеспечению конфиденциальности записей о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, которые мы получаем от программ, подпадающих под действие Части 2. Мы обязуемся не использовать или не раскрывать записи о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, которые мы получаем от программ, подпадающих под действие Части 2, а также давать показания, передающие содержание таких записей, в гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательствах против вас, за исключением случаев, когда такое раскрытие или использование осуществляется на основании вашего письменного согласия либо судебного постановления, вынесенного после направления уведомления и предоставления вам или держателю записи возможности быть заслушанными. Судебное постановление, разрешающее использование или раскрытие данных, должно сопровождаться повесткой в суд или другим юридическим требованием, обязывающим раскрывать данные до того, как запрашиваемые записи будут использованы или раскрыты.

**Вы Имеете Следующие Права В Отношении Ваших Защищенных Медицинских Данных.** 1. Вы имеете право требовать ограничения использования и раскрытия ваших защищенных медицинских данных для лечения, оплаты или осуществления операционной деятельности в сфере здравоохранения, а также ограничения раскрытия ваших защищенных медицинских данных лицам, участвующим в оказании вам медицинской помощи или в ее оплате, например членам семьи или друзьям. Мы не обязаны соглашаться на такие ограничения. В случае нашего согласия мы будем соблюдать ваш запрос, за исключением определенных чрезвычайных ситуаций или случаев, когда иное требуется законом. 2. Вы можете требовать от вашего плана медицинского страхования ограничение раскрытия определенных видов ваших защищенных медицинских данных в целях осуществления лечения, оплаты или операционной деятельности в сфере здравоохранения, если соответствующие медицинские услуги оплачены вами полностью за собственный счет (out-of-pocket). 3. Вы можете ознакомиться с записями, входящими в наш специальный архив и получить их копии, либо поручить нам предоставить такие записи вашему уполномоченному лицу. В ограниченных случаях мы можем отказать вам в доступе к части таких записей. Если вы запрашиваете копии, мы можем взимать с вас разумную плату за их изготовление. 4. Вы вправе требовать внесения изменений в определенные сведения ваших защищенных медицинских данных, если полагаете, что они являются неточными или неполными. Такой запрос должен содержать обоснование. Мы можем отказать в удовлетворении запроса, если соответствующие защищенные медицинские данные являются точными и полными или не относятся к защищенным медицинским данным, хранимым у соответствующего поставщика медицинских услуг или от его имени. В случае отказа вы имеете право подать письменное заявление о несогласии. Ваш запрос и заявление о несогласии будут включены в вашу медицинскую документацию и подлежат приложению при любом последующем раскрытии тех сведений или заявлений, которые вы считаете неполными или неверными. 5. Вы можете запросить отчет о случаях раскрытия ваших защищенных медицинских данных. Такой отчет представляет собой перечень случаев раскрытия ваших защищенных медицинских данных, помимо случаев, связанных с лечением, оплатой или операционной деятельностью в сфере здравоохранения, а также других исключений, предусмотренных законом. В запросе должен быть указан период времени, который не может превышать шести лет, предшествующих дате подачи запроса. 6. Вы вправе запросить, чтобы мы связывались с вами определенным способом или по определенному адресу. Например, вы можете указать, что с вами следует связываться исключительно по месту работы либо по другому адресу проживания или почтовому ящику. Ваш письменный запрос должен содержать указание предпочтительного способа или места связи. Мы удовлетворим обоснованные запросы. Для реализации любого из указанных прав вы можете обратиться в подразделение Walmart или Sam's Club, в котором вам предоставлялись услуги, чтобы получить соответствующую форму, или направить письменный запрос по адресу: HIPAA Compliance, 1 Customer Drive, Mailstop 0230, Bentonville, AR. 72716. Вы также вправе получить бумажную копию настоящего Уведомления в любом подразделении Walmart или Sam's Club либо ознакомиться с ним в электронном виде на официальном сайте компании: <https://corporate.walmart.com/privacy-security/notices>.

**Услуги Языковой Поддержки И Вспомогательные Средства.** В соответствии с разделом 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act) мы по запросу и бесплатно предоставляем услуги языковой поддержки, а также вспомогательные средства и другие услуги клиентам и участникам, а также пациентам, участникам программ, бенефициарам, застрахованным лицам и заявителям в рамках наших медицинских программ, мероприятий или услуг в сфере здравоохранения.

**Изменения В Настоящем Уведомлении.** Мы оставляем за собой право вносить изменения в настоящее Уведомление и применить обновленную редакцию в отношении защищенных медицинских данных, которые мы уже храним или которые получим в будущем. Мы будем размещать копию действующей редакции настоящего Уведомления. В случае внесения изменений в настоящее Уведомление вы вправе получить копию обновленного Уведомления по запросу или ознакомиться с ним в электронном виде на официальном сайте: <https://corporate.walmart.com/privacy-security/notices>.

**Для Получения Дополнительной Информации Или Подачи Жалобы.** Если у вас возникли вопросы по настоящему Уведомлению, вы можете обратиться в отдел соблюдения требований HIPAA по адресу: HIPAA Compliance Walmart Inc., 1 Customer Drive, Mailstop 0230, Bentonville, AR. 72716, или позвонить по телефону: (800) WAL-MART. Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы можете подать письменную жалобу. При этом никакого преследования со стороны компании не последует. Жалобу можно направить нашему Сотруднику по соблюдению требований HIPAA по указанному выше адресу или в Секретариат Департамента здравоохранения и социальных служб, Управление по соблюдению гражданских прав.



Отсканируйте QR-код для получения цифровой версии настоящих и других уведомлений в области здравоохранения