



A Public Entity

**MENSAJE DE
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN (IEHP)**

Aviso de Privacidad en las Prácticas

Efectivo: Abril 14, 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PODRÍA SER UTILIZADA Y REVELADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN POR FAVOR.

IEHP le proporciona cuidados de la salud por medio del programa de Medi-Cal. Las leyes estatales y federales nos requieren el proteger la información sobre su salud, y nosotros debemos entregarle este Aviso que dice cómo podríamos nosotros utilizar y compartir su información, y cuáles son sus derechos.

Su Información es personal y privada.

Nosotros recibimos la información de Medi-Cal acerca de usted después de que usted califica y se inscribe en nuestro plan de salud. También recibimos información médica de sus doctores, clínicas, laboratorios, y hospitales con el propósito de aprobar y pagar por sus cuidados a la salud.

CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD EN LAS PRÁCTICAS

IEHP deberá de obedecer el Aviso que actualmente está en efecto.

Tenemos el derecho de cambiar estas prácticas de privacidad. Si realizamos cambios después del 14 de abril de 2003, revisaremos este Aviso y se lo enviaremos a usted de inmediato.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN ACERCA DE USTED

Su información podría ser utilizada o compartida por IEHP únicamente por una razón relacionada directamente con el Programa de Medi-Cal. La información que nosotros utilizamos y compartimos incluye, pero no se limita a:

Su nombre,
Su dirección,
Sus datos personales,
El cuidado médico proporcionado a usted, y
Su historial médico.

Algunas acciones que tomamos cuando actuamos como el Plan de Salud de Medi-Cal incluyen:

Revisar su elegibilidad, inscripción, y monto de ayuda médica,
Aprobar, proporcionar, y pagar por los Servicios de Medi-Cal,
Investigar y procesar casos de Medi-Cal (como fraudes).
Revisar la calidad del cuidado que usted recibe.
Coordinar el cuidado que usted recibe

Algunos Ejemplos:

De tratamiento: Usted puede necesitar tratamiento médico que requiera que nosotros aprobemos con anticipación. Nosotros compartiremos la información con los Doctores, los hospitales y otros, con el propósito de proporcionarle los servicios que usted requiere.

De pagos: IEHP revisa, aprueba, y paga por los reclamos de servicios de cuidado a la salud enviados a nosotros por sus proveedores de cuidado médico. Cuando hacemos esto, compartimos la información con los doctores, clínicas, y otros, que a su vez nos facturan por el cuidado que le han brindado a usted, y podríamos enviar las facturas a otros planes de salud u organizaciones para su pago.

De operaciones de cuidados a la salud: Podríamos utilizar información en su historial de salud para juzgar la calidad de los cuidados de la salud que usted recibe. Podríamos también utilizar esta información en auditorias, fraudes y abuso de programas, planeación, y administración general.

OTROS USOS PARA SU INFORMACIÓN DE SALUD

1. Algunas veces la corte nos ordena el proporcionar la información sobre su salud. También le daremos información a los tribunales, a un investigador, y a un abogado si es información acerca de la operación de Medi-Cal. Esto podría involucrar fraude o actos para recuperar el dinero de otros, cuando Medi-Cal haya pagado por sus reclamos médicos.
2. Usted o su doctor, hospital, y otros proveedores de cuidados a la salud podrían apelar las decisiones hechas acerca de los reclamos de su cuidado de Medi-Cal. La información de su salud podría ser utilizada para tomar las decisiones de esa apelación.
3. También podemos compartir la información de su salud con las agencias y organizaciones que revisan cómo es que nuestro plan de salud está proporcionando sus servicios.
4. Debemos compartir la información de su salud con el gobierno federal, cuando éste revise cómo es que estamos cumpliendo con las reglas de privacidad.

CUANDO ES NECESARIO UN PERMISO POR ESCRITO

Si nosotros queremos utilizar su información para cualquier propósito que no esté incluido en la lista anterior, debemos de obtener de usted un permiso por escrito. Si usted nos concede su permiso, usted puede retirárnoslo por escrito en cualquier momento.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD?

Usted tiene el derecho de solicitarnos que no utilicemos ni compartamos la información sobre su cuidado de salud personal en las maneras descritas arriba. Podríamos no estar de acuerdo con su solicitud.

Usted tiene el derecho de solicitarnos el comunicarnos con usted solamente por escrito o en una dirección distinta, caja de oficina postal, o por teléfono. Nosotros aceptaremos las solicitudes razonables cuando sea necesario para proteger su seguridad.

Usted y su representante personal tienen el derecho de obtener una copia de la información de su salud. Se le enviará una forma para llenar y se le podría cobrar una cuota por los costos de copiado y envío de historiales. (Podríamos abstenernos de mostrarle ciertas partes de su historial por razones permitidas por la ley.)

Usted tiene el derecho de solicitar que la información de su historial que no esté correcta sea corregida o completada. Podríamos rehusarnos a cumplir su solicitud si:

- La información no es creada o guardada por IEHP, o
- Creemos que la información está correcta y completa.

Si no realizamos los cambios que usted solicita, usted puede solicitar que revisemos nuestra decisión. Usted también puede enviarnos una declaración explicando por qué está en desacuerdo con nuestro historial y su declaración se anexará con su historial.

******* IMPORTANTE *******

IEHP NO TIENE COPIA COMPLETA DE SU HISTORIAL MÉDICO. SI USTED DESEA VERLO, OBTENER UNA COPIA DE ÉL, O CAMBIAR SU HISTORIAL MÉDICO, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON SU DOCTOR O CLÍNICA.

Cuando compartamos información acerca de su salud después del 14 de abril de 2003, usted tiene el derecho de solicitar una lista de

- Aquellos con quienes compartimos la información,
- Cuándo la compartimos,
- Por qué razones, y
- Cuál información fue compartida.

Esta lista no incluye cuando compartimos información con usted, con su permiso, o para tratamiento, pago, u operaciones del plan de salud.

Usted tiene el derecho de solicitar una copia en papel de este Aviso de Privacidad en las Prácticas. Usted también puede encontrar este Aviso en nuestra página de Internet en: www.iehp.org

¿CÓMO PUEDE COMUNICARSE CON NOSOTROS PARA HACER USO DE SUS DERECHOS?

Si usted quiere utilizar cualquiera de los derechos de privacidad explicados en este Aviso, por favor llámenos o escribanos a:

Oficial de Privacidad de IEHP

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
P.O. Box 19026
San Bernardino, CA 92423-9026
(909) 890-2000

QUEJAS

Si usted cree que no hemos protegido su privacidad y desea quejarse, deberá de presentar una queja (o agravante) llamando o escribiendo a: IEHP al P.O. Box 19026, San Bernardino, CA 92423-9026, (909) 890-2000.

O puede comunicarse a las siguientes agencias:

Oficial de Privacidad

California Department of Health Services
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 o (877) 735-2929 TTY/TDD

O

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
50 Plaza de las Naciones Unidas, Cuarto 322
San Francisco, CA 94102
Para información adicional, llame al (800) 368-1019
o
Oficina de los Derechos Civiles de los EE.UU. al (866) OCR-PRIV (866-627-7748)
o al (866) 788-4989 TTY

UTILICE SUS DERECHOS SIN MIEDO

IEHP no puede quitarle sus beneficios de cuidado de la salud o hacer cualquier cosa para lastimarlo de alguna manera si usted opta por presentar una queja o utilizar cualquiera de sus derechos de privacidad indicados en este Aviso.

PREGUNTAS

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso y desea mayor información, por favor comuníquese con nosotros a IEHP Oficialía de Privacidad, IEHP, a la dirección y número de arriba.

Si usted necesita esto en inglés, por favor llame a IEHP al 1-800-440-4347.
If you need this in English, please contact IEHP at 1-800-440-4347.