



Message From  
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN (IEHP)

## Notice of Privacy Practices

Effective: June 5, 2009

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED, AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

IEHP provides health care to you through Federal, State and Commercial programs. We are required by state and federal law to protect your health information. And we must give you this Notice that tells how we may use and share your information and what your rights are.

### Your information is personal and private.

We receive information about you from Federal, State and local agencies after you become eligible and enroll in our health plan. We also receive medical information from your doctors, clinics, labs, and hospitals in order to approve and pay for your health care.

### CHANGES TO NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

IEHP must obey the Notice currently in effect. We have the right to change these privacy practices based on regulatory changes. If we do make changes we will revise this Notice and send it to you right away.

### How We May Use and Share Information About You

Your information may be used or shared by IEHP only for treatment, payment and health care operations associated with the particular program in which you are enrolled. The information we use and share includes, but is not limited to:

- Your name,
- Address,
- Personal facts,
- Medical care given to you, and
- Your medical history.

Some actions we take when we act as your Health Plan include:

- Checking your eligibility, enrollment, and amount of medical aid,
- Approving, giving, and paying for health care services,
- Investigating or prosecuting cases (like fraud).
- Checking the quality of care that you receive.
- Coordinating the care you receive

### Some examples of why we would share your information with others involved in your health care:

- 1. For treatment:** You may need medical treatment that requires us to approve care in advance. We will share information with doctors, hospitals and others in order to get you the care you need.
- 2. For payment:** IEHP reviews, approves, and pays for health care claims sent to us for your medical care. When we do this, we share information with the doctors, clinics, and others who bill us for your care. And we may forward bills to other health plans or organizations for payment.
- 3. For health care operations:** We may use information in your health record to judge the quality of the health care you receive. We may also use this information in audits, fraud and abuse programs, planning, and general administration.

## Other Uses For Your Health Information

1. Sometimes a court will order us to give out your health information. We will also give information to a court, investigator, or lawyer if it is about the operation of one of the other programs. This may involve fraud or actions to recover money from others, when the Federal, State, Commercial entity or IEHP has paid your medical claims.
2. You or your doctor, hospital, and other health care providers may appeal decisions made about claims for your health care. Your health information may be used to make these appeal decisions.
3. We may also share your health information with agencies and organizations, which check how our health plan is providing services.
4. We must share your health information with the federal government when it is checking on how we are meeting privacy rules.

## When Written Permission is Needed

If we want to use your information for any purpose not listed above, we must get your written permission. If you give us your permission, you may take it back in writing at any time.

## What Are Your Privacy Rights?

You have the right to ask us not to use or share your protected health care information in the ways described above. We may not be able to agree to your request.

You have the right to ask us to contact you only in writing or at a different address, post office box, or by telephone. We will accept reasonable requests when necessary to protect your safety.

You and your personal representative have the right to get a copy of your health information. You will be sent a form to fill out and may be charged a fee for the costs of copying and mailing records. (We may keep you from seeing certain parts of your records for reasons allowed by law.)

You have the right to ask that information in your records be amended if it is not correct or complete. We may refuse your request if

- The information is not created or kept by IEHP, or
- We believe it is correct and complete.

You have the right to receive an account of instances where your protected health information was shared.

If we don't make the changes you ask, you may ask that we review our decision.

You may also send a statement saying why you disagree with our records and your statement will be kept with your records.

### \*\*\*\*\* IMPORTANT \*\*\*\*\*

**IEHP DOES NOT HAVE COMPLETE COPIES OF YOUR MEDICAL RECORDS. IF YOU WANT TO LOOK AT, GET A COPY OF, OR CHANGE YOUR MEDICAL RECORDS, PLEASE CONTACT YOUR DOCTOR OR CLINIC.**

When we share your health information you have the right to request a list of

- Whom we shared the information with,
- When we shared it,
- For what reasons, and
- What information was shared.

You have a right to request a paper copy of this Notice of Privacy Practices.

You can also find this Notice on our website at:

[www.iehp.org](http://www.iehp.org)

## How do you Contact us to Use Your Rights?

If you want to use any of the privacy rights explained in this Notice, please call or write us at:

### IEHP Privacy Officer

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN

P.O. Box 19026

San Bernardino, CA 92423-9026

1-866-355-9038

Email: [compliance@iehp.org](mailto:compliance@iehp.org)

## **Complaints**

If you believe that we have not protected your privacy and wish to complain, you may file a complaint (or grievance) by calling or writing:

IEHP at P.O. Box 19026, San Bernardino, CA 92423-9026.

1-866-355-9038

Email: [compliance@iehp.org](mailto:compliance@iehp.org)

OR you may contact the agencies below:

### **Privacy Officer**

CA Department of Health Care Services

1501 Capitol Ave., MS0010

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

(916) 440-7750 or (877) 735-2929 TTY/TDD

Email: [Privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:Privacyofficer@dhcs.ca.gov)

**Or**

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

Office for Civil Rights

Attention: Regional Manager

90 Seventh St.

Federal Bldg., St. 5-100

San Francisco, CA 94103

For additional information, call (800) 368-1019

or

U.S. Office for Civil Rights at (866) OCR-PRIV (866-627-7748)

or (866) 788-4989 TTY

### **Use Your Rights Without Fear**

IEHP cannot take away your health care benefits or do anything to hurt you in any way if you choose to file a complaint or use any of the privacy rights in this Notice.

### **Questions**

If you have any questions about this Notice and want further information, please contact the IEHP Privacy Officer at the address and phone number above.

## **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 at P.O. Box 19026, San Bernardino, CA 92423-9026.  
1-866-355-9038  
Email: [compliance@iehp.org](mailto:compliance@iehp.org)

O puede comunicarse a las siguientes agencias:

### **Oficial de Privacidad**

CA Department of Health Care Services  
1501 Capitol Ave., MS0010  
P.O Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413  
(916) 440-7750 or (877) 735-2929 TTY/TDD  
Email: [Privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:Privacyofficer@dhcs.ca.gov)

**O**

### **Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.**

Office for Civil Rights  
Attention: Regional Manager  
90 Seventh St.  
Federal Bldg., St. 5-100  
San Francisco, CA 94103  
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 (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 la Oficialía de Privacidad de IEHP a la dirección y número de arriba.

## 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 alguno de nuestros programas. Esto podría involucrar fraude o actos para recuperar el dinero cuándo el Federal, el Estado, entidad Comerciales o IEHP han pagado sus reclamos medicos.
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 protegida 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.

Usted tiene el derecho de recibir una cuenta de casos donde su información protegida de salud fue compartida .

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, 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.

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](http://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  
1-866-355-9038  
Email: [compliance@iehp.org](mailto:compliance@iehp.org)



Mensaje de  
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN (IEHP)

## Aviso de Privacidad en las Prácticas

Efectivo: June 5, 2009

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 de Programas Federales, del Estado o Comerciales. 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 acerca de usted de agencias federales y del estado 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 basado en cambios regulativos. Si realizamos cambios, 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 el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud asociado con el programa particular en que esta inscrito. 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 su Plan de Salud incluyen:

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

### Algunos ejemplos de por qué nosotros compartiríamos su información con otros implicados en su asistencia médica:

- 1. 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.
- 2. 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.
- 3. 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 auditorías, fraudes y abuso de programas, planeación, y administración general.