

O puede comunicarse a las siguientes agencias:

Privacy Officer

c/o: Office of HIPAA

Compliance

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

Correo electrónico: privacyofficer@dhcs.ca.gov

Teléfono: (916) 445-4646

Fax: (916) 440-7680

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

Office for Civil Rights

Atención: Regional Manager

90 Seventh St.

Federal Bldg., St. 5-100

San Francisco, CA 94103

Para información adicional, llame al (800) 368-1019 o a U.S. Office for Civil Rights al (866) OCR-PRIV (866-627-7748) o (866) 788-4989 para usuarios de TTY

Ejerza Sus Derechos Sin Temor

IEHP no puede retirarles sus beneficios de atención médica o efectuar cualquier acción para lastimarlo de alguna manera, si usted decide presentar una queja o ejercer cualquiera de sus derechos de protección a la privacidad indicados en este Aviso.

IEHP siempre se ha comprometido a proteger la privacidad de los Miembros y a mantener la confidencialidad de su información personal y médica en todos los ámbitos, de acuerdo y en cumplimiento con HIPAA y con todas las demás leyes estatales y federales. Todos los empleados de IEHP deben recibir entrenamiento y capacitación al ser contratados y posteriormente cada año, en relación a las maneras de proteger su información médica y cómo ésta es revisada o conversada con otros que no forman parte de la administración de su sistema de asistencia médica. Debemos y hacemos cumplir las políticas sobre el límite de acceso al edificio y de los visitantes a IEHP. Los registros electrónicos se encuentran protegidos por medidas administrativas de seguridad, físicas y técnicas. Nuestros socios comerciales están obligados a contar con la misma protección de privacidad que IEHP tiene en sus instalaciones.

Preguntas

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso y desea mayor información, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de IEHP (*IEHP Privacy Officer*) a la dirección y número que aparece en la página 3.

IEHP complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

IEHP cumple con las leyes Federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: Si habla español u otro idioma diferente al inglés, le ofrecemos los servicios gratuitos de un intérprete de idiomas. Llame al 1-800-440-4347 o al 1-800-718-4347 (TTY).

IEHP遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。



Inland Empire Health Plan

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

Efectivo: 14 de abril de 2003

Revisado: 1 de enero de 2017

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER UTILIZADA Y REVELADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO DETALLADAMENTE.

IEHP le proporciona atención médica a través de Programas Federales, Estatales o Comerciales. Las leyes estatales y federales nos requieren proteger su información médica y es nuestra obligación entregarle este Aviso el cual le informa la manera en que nosotros podríamos utilizar y divulgar su información, así como cuáles son sus derechos.

Su Información es Personal y Privada

Recibimos su información por parte de agencias federales y estatales después de que usted califica y se inscribe en nuestro plan de salud. También recibimos información médica por parte de sus doctores, clínicas, laboratorios y hospitales con el propósito de aprobar y pagar por su atención médica.

CAMBIOS AL AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

IEHP debe acatar el Aviso vigente. Nos reservamos el derecho de efectuar cualquier actualización o cambio a la información en vigor por información que recibamos en el futuro. Si efectuamos cambios, actualizaremos este Aviso y le enviaremos a usted un ejemplar con la información actualizada de inmediato.

Cómo Podríamos Utilizar y Divulgar Su Información

Su información podría ser utilizada o divulgada por IEHP únicamente con fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico en relación con el programa en particular en el que usted está inscrito. La información que utilizamos y divulgamos incluye, pero no se limita a:

- Su nombre,
- Su domicilio,
- Sus datos personales,
- Atención médica proporcionada a usted, y
- Su historial médico.

Algunas actividades que ejercemos como su Plan de Salud incluyen:

- Revisar su elegibilidad, inscripción y monto de ayuda médica
- Aprobar, proporcionar y pagar los servicios de atención médica
- Investigar y procesar casos (como fraudes)
- Revisar la calidad de la atención médica que usted recibe
- Coordinar la atención médica que usted recibe

Estos son algunos ejemplos de porqué divulgaríamos su información con otras entidades implicadas en su atención médica:

1. **Tratamiento:** Usted puede necesitar tratamiento médico que requiera una aprobación anticipada de nuestra parte. Divulgaremos la información a doctores, hospitales y otros, con el propósito de proporcionarle los servicios que usted necesita.
2. **Pagos:** IEHP revisa, aprueba y paga los montos por los servicios de atención médica que usted recibe. Cuando esto sucede, divulgaremos la información con doctores, clínicas y otros, que a su vez nos facturan por la atención que usted ha recibido. Además, podríamos enviar las facturas a otros planes de salud u organizaciones para solicitar su pago.
3. **Operaciones por concepto de atención médica:** Podríamos utilizar la información de su historial médico para evaluar la calidad de atención médica que usted recibe. Además, podríamos utilizar esta información en relación a auditorías, fraudes y abuso de programas, planeación, y administración general.

También podríamos contactarlo para proporcionarle información acerca de otros beneficios relacionados con su salud y servicios que podrían interesarle, tales como programas de educación para la salud y sobre el control de ciertas condiciones médicas.

Otros Usos de Su Información Médica

1. En ocasiones el tribunal nos ordena proporcionar su información médica. Además de proveer información a los tribunales, la proporcionaremos a algún investigador y abogado, si ésta es información acerca de la operación de alguno de nuestros programas. Esto podría incluir fraude o actos para recuperar el dinero cuando entidades Federales, Estatales, Comerciales o IEHP han pagado por sus servicios médicos.
2. Usted o su Doctor, hospital y otros proveedores de servicios médicos podrían apelar las decisiones sobre la solicitud de pago de su atención médica. La información médica podría ser utilizada para tomar las decisiones de esa apelación.
3. También podemos divulgar su información médica a agencias y organizaciones que revisan la manera en que nuestro plan de salud está proporcionando sus servicios.
4. Debemos divulgar su información médica al Gobierno Federal cuando éste revise la manera en que cumplimos con las reglas de privacidad.

¿Cuándo es Necesario un Permiso por Escrito?

Si nosotros deseamos utilizar su información con 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, puede retirárnoslo por escrito en cualquier momento.

¿Cuáles son Sus Derechos de Privacidad?

Usted tiene derecho a solicitarnos que no utilicemos ni divulguemos la información protegida sobre su cuidado de salud personal en las maneras descritas anteriormente. Podríamos no estar en condiciones de cumplir con su solicitud.

Es su derecho el solicitar que nos comuniquemos con usted solamente por escrito o a través de un domicilio distinto, casilla postal o vía telefónica. Aceptaremos las solicitudes razonables cuando sea necesario para proteger su seguridad.

Usted y su representante personal tienen derecho a revisar y obtener una copia en papel o electrónica de su información médica. Se le enviará un formulario que deberá contestar y se le podría cobrar una cuota por los costos de copiado y envío de sus historiales. (Podríamos abstenernos de mostrarle ciertas secciones de su historial por razones permitidas por la ley).

Usted tiene derecho a 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 ha sido creada o archivada por IEHP, o
- Consideramos que la información es correcta y completa.

Si no realizamos los cambios que usted requiere, puede solicitar que revisemos nuestra decisión. También puede enviarnos una declaración explicando por qué está en desacuerdo con nuestros registros y su declaración se anexará a su historial.

Usted tiene derecho a ser notificado sobre algún incumplimiento a la garantía de protección a la información, esto en caso de que usted resulte afectado por el incumplimiento.

Usted tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de información médica protegida a IEHP, con respecto a lo que paga de su bolsillo o a lo que otra persona paga por usted, en su totalidad por artículo o servicio de atención médica.

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

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

Cuando divulguemos su información médica, usted tiene el derecho de solicitar una lista de:

- A quién divulgamos la información,
- Cuándo la información fue divulgada,
- Por qué razones, y
- Qué información fue divulgada.

Usted tiene el derecho de solicitar una copia en papel de este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad. También puede encontrar este Aviso en nuestro sitio web en: www.iehp.org

¿Cómo Puede Comunicarse con Nosotros para Ejercer Sus Derechos?

Si usted desea ejercer cualquiera de los derechos relacionados con su privacidad explicados en este Aviso, por favor escribanos a:

IEHP Director of Compliance
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729
Correo electrónico: compliance@iehp.org

O bien, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-800-440-IEHP (4347); los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347.

Quejas

Si usted considera que no hemos protegido su privacidad y desea presentar una queja, deberá ingresar la queja, por escrito a:

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729
Correo electrónico: compliance@iehp.org

O bien, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-800-440-IEHP (4347); los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347.