



## M E M B E R B U L L E T I N

B T 2 0 0 6 0 9

A P R I L 5 , 2 0 0 6

To: All Indiana Health Coverage Programs Members

Subject: Notice of Privacy Practices

**THIS NOTICE IS FOR YOUR INFORMATION ONLY. YOU DO NOT NEED TO TAKE ANY ACTION AS A RESULT OF THIS NOTICE.**

As part of the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) you were given a Notice of Privacy Practices (NPP). You either received this notice in April 2003 or when you first became eligible for Indiana Health Coverage Programs (IHCP), such as Medicaid, Hoosier Healthwise, or *Medicaid Select*. This notice explains how the IHCP may use your medical information or when it may be given to others. It also explains how you can see and get copies of your health information.

HIPAA requires that we tell you at least once every three years how you can get another copy of this notice or we can give you another one. We are giving you another copy of the notice with this mailing.

You may view a copy of this notice online at the following address:  
<http://www.in.gov/fssa/servicedisabl/medicaid/medprivacy.html>.

Or you may obtain another copy of this notice by contacting the IHCP Privacy Office at the following address or telephone numbers:

**IHCP Privacy Office**  
**P.O. Box 7260**  
**Indianapolis, IN 46207-7260**  
**(317) 713-9627 or 1-800-457-4584**

We work very hard to keep your personal health information private and will never use it for any reasons that are not explained in this notice.

*Si usted desea una copia de esta noticia en Español, por favor contacte a la Oficina Privada de IHCP al (317) 713-9627 o al 1-800-457-4584.*



## N O T I C E   O F   P R I V A C Y   P R A C T I C E S

If you would like a copy of this notice in Spanish, please contact the IHCP Privacy Office at (317) 713-9627 or 1-800-457-4584.

Si usted desea una copia de esta noticia en Español, por favor contacte a la Oficina Privada de IHCP al (317) 713-9627 o al 1-800-457-4584.

**This notice is to all Indiana Health Coverage Programs (IHCP) members including Medicaid, Hoosier Healthwise, Medicaid Select, and members residing in institutions operated by the Indiana State Department of Health and the Division of Mental Health and Addictions who have received medical services outside of those institutions. THIS NOTICE IS FOR YOUR INFORMATION ONLY. YOU DO NOT NEED TO TAKE ANY ACTION AS A RESULT OF THIS NOTICE.**

### Notice of Privacy Practices

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.

This notice tells how the IHCP may use or release your health information. It also tells you about your rights and the IHCP requirements about the use and release of your health information. Your health information will not be shared without your written authorization except as described in this notice, or when required or permitted by law. If you give us your written authorization, you may change your mind by telling us in writing. The IHCP may change its privacy practices and make the new privacy practices effective for all protected health information we maintain. If the terms of this notice change we will mail you a revised copy of this notice to the address you have supplied.

### Our Responsibilities and Commitment to You

We understand that your health care information is personal. We take our responsibility to keep your personal health information private very seriously. We are committed to following all state and federal laws that protect your health information. We are required to protect your health information, tell you about your rights to your health information, and to give you this notice explaining our responsibilities and the ways we use and share your health information.

### Use and Disclosure of Your Health Information

We do not create health records. We receive health information to help us make decisions about whether you qualify for certain programs or services. We use your health information to pay for services provided to you by your health care provider, for health care operations, and to evaluate the quality of services you receive. While we cannot describe all cases related to the use of your health information, the following are some common examples of how we use your personal health information.

- Doctors, hospitals, and other health care practitioners that provide services to you submit your health information to us in the form of a claim for payment. They may also give us your health information in order to obtain prior authorization or to find out if a service is covered. These requests include information that identifies you, your diagnosis, and procedures you have received, or that you might receive in the future. We use this health information to approve and pay for the services that we cover. We may also share your information with other programs that may pay for your health care, such as Medicare or private insurance companies in order to get payments.
- We may use your health information to review the care and outcome of your treatment and to compare the outcomes of other people who received the same or similar treatment. We use this information to improve the quality and effectiveness of health care services.
- We may also disclose your health information to our employees, as well as companies and persons we have contracts with, so they can perform the jobs we ask them to do, such as approving services for you or reviewing payments made to health care practitioners. To protect your health information we require everyone who has a contract with us to follow rules protecting your information.
- We may use and disclose your health information to tell you or your provider about possible treatment options, alternative treatments, and for other health-related benefits.
- We may disclose or share your health information with other government agencies that may provide public benefits or services to you. We may also disclose or share your information with other government agencies permitted by law, including the federal government, to show how the IHCP is working and to improve the programs.

## Your Health Information Rights

- We may use or disclose your health information in compliance with the law in a public emergency to notify your family; for public health activities to prevent or control disease, injury or disability or report abuse; to comply with Workers' Compensation laws; as required by law including in response to a subpoena, discovery request, court or administrative order, for issues of national security, to report vital statistics, or to process organ donation information.
- We may disclose your information to researchers when the information cannot identify you or when their research has been reviewed and approved by an institutional review board to ensure the continued privacy and protection of your health information.
- You have the right to request that the IHCP not release your personal health information, release only part of your information, or release it for reasons you request. We are not required to honor your request.
- You have the right to request a paper copy of this notice at any time, even if you agree to receive it electronically by e-mail.
- You have the right to request a list showing each time we released your personal health information. Your written request must be submitted to the IHCP Privacy Office and state what time period you want to cover. The time period may not go back further than six years and may not include dates before April 14, 2003. This list will not include personal health information that was released to provide treatment to you, to make or obtain payment for services, for health care operations, for national security, or for use by prisons or law enforcement officials. This list will not include information released to you by the IHCP that you requested in writing, or information released to persons who are involved in your care.
- You have the right to request that we contact you about your personal health matters in a certain way or at a certain location. For example, you can request that we only contact you at work or by e-mail. We will review and accommodate only reasonable requests. To request a special way or location for us to contact you about your personal health information, you must write to the IHCP Privacy Office at the address in the contact information at the end of this notice.
- You have the right to see and get a copy of your health information. You may be charged a fee for the costs of copying, mailing, or for other supplies needed for your request. You do not have the right to see or copy information used for lawsuits, criminal investigations or prosecutions, or notes made by a mental health therapist or psychiatrist. If you ever feel you have not been allowed to see or have copies of your medical information you can file an appeal with the IHCP Privacy Office. If an appeal is filed with the IHCP Privacy Office, an individual who did not participate in the decision to deny the request will review the appeal.
- You have the right to ask that we change health information that you feel is incorrect or incomplete. Your request may be denied if we did not create or write the information, it is not part of the information you can see or copy, or if we decide the personal health information has no errors and is complete.

Note: All requests about your health information must be in writing and sent to the IHCP Privacy Office address listed in the contact information section at the end of this notice.

## Contact Information or Filing a Complaint

If you have questions or want additional information, you can contact the IHCP using the following address or phone number.

If you have a complaint about our health information practices or believe that we have violated your privacy rights, please submit the complaint to the IHCP at the following address. **All complaints must be submitted in writing.**

**IHCP Privacy Office**  
**P.O. Box 7260**  
**Indianapolis, IN 46207-7260**  
**(317) 713-9627 or 1-800-457-4584**

You can also file a complaint with the Secretary of Health and Human Services at the following address:

**Secretary of Health and Human Services**  
**200 Independence Avenue, SW**  
**Washington, D.C. 20201**

We will never take action against you for filing a complaint and it will not impact the health care services provided to you.



## A V I S O   S O B R E   E L   M A N E J O   D E   L A P R I V A C I D A D

Si quiere una copia de este aviso en Español por favor contacte a la Oficina de IHCP Privacy al (317) 488-5018 o 1-800-457-4584.

**Este aviso es para todos los miembros de Indiana Health Coverage Programs (IHCP), incluyendo Medicaid, Hoosier Healthwise, Medicaid Select, y miembros que residen en Instituciones operadas por el Indiana State Department of Health and the Division of Mental Health and Addictions (Departamento de Salud del Estado de Indiana y la División de Salud Mental y Adicción); y aquellos que han recibido servicios médicos fuera de estas instituciones. ESTE AVISO ES SOLO PARA SU INFORMACIÓN. USTED NO NECESITA TOMAR NINGUNA ACCIÓN EN RELACIÓN A ESTE AVISO.**

### **Aviso Sobre el Manejo de la Privacidad**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PODRIA SER USADA Y COMPARTIDA Y COMO USTED PODRIA TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

Este aviso informa de cómo IHCP puede usar o compartir su información médica. Este documento también le informa sobre sus derechos y los requisitos de IHCP en relación de como usar y compartir su información médica. Su información médica no será compartida con nadie si usted no da una autorización por escrito con la excepción que se describe en este aviso o cuando es requerido o permitido por la ley. Si usted nos da una autorización por escrito, usted puede cambiar su opinión y hacernoslo saber por escrito. IHCP podría cambiar la forma de manejar la privacidad y nuevas formas de proteger su privacidad afectarían a toda la información médica que nosotros mantenemos. Si los términos de este aviso cambian nosotros le enviaremos una copia del aviso revisado a la dirección que usted nos proporcionó.

### **Nuestra Responsabilidad y Compromiso Con Usted**

Sabemos que la información sobre su salud es personal. Por ello, nos hacemos responsables muy seriamente y asumimos el compromiso de mantener la privacidad de su información médica personal. Nos comprometemos a cumplir todas las leyes estatales y federales que protegen su información médica. Nosotros debemos proteger su información médica, e informarle de sus derechos sobre su información médica, y darle este aviso explicándole sus responsabilidades y las formas para usarlo y compartir su información de salud.

### **Usar y Compartir su Información de Salud**

Nosotros no creamos información médica. Nosotros recibimos información médica para ayudarnos a tomar decisiones para ver si usted califica para ciertos programas o servicios. Usamos su información médica para pagar servicios que usted recibe de proveedores de servicios médicos, manejo de servicios médicos, y para evaluar la calidad de los servicios que recibe. Como no podemos describir todos los casos que se refieren al uso de información médica, a continuación mencionamos algunos ejemplos comunes de cómo usamos su información médica personal:

- Doctores, hospitales y otros proveedores de servicios médicos que le proporcionan servicios a usted, mandan su información médica en forma de comprobantes para su pago. También pueden darnos su información médica para obtener autorización previa para ver si los servicios están cubiertos. Lo que se pide incluye información que lo identifica, el diagnóstico, y los tratamientos que ha recibido o que recibirá en el futuro. Usamos esta información médica para aprobar y pagar los servicios que están cubiertos. También podríamos compartir su información con otros programas que pueden pagar sus servicio médico como Medicare o compañías de privadas de seguros para obtener su pago.
- Podríamos usar su información médica para revisar la atención y resultados de su tratamiento así como para compararlos con los resultados de otras personas que recibieron el mismo tratamiento o algo similar. Usamos esta información para mejorar la calidad y la efectividad de los servicios médicos.
- También podríamos compartir su información médica con nuestros empleados, así como compañías y personas que tenemos contratadas, para que ellos puedan realizar trabajos que nosotros les pedimos, como por ejemplo aprobar servicios para usted o revisar pagos hechos a proveedores de servicios médicos. Para proteger su información médica nosotros requerimos que todos los que tienen contratos con nosotros sigan las reglas para proteger su información.
- Podríamos usar y compartir su información médica para decirle a usted o su proveedor de servicios acerca de posibles opciones de tratamiento, tratamientos alternativos, y para cualquier otro beneficio relacionado con su salud.
- Nosotros podríamos hacer disponible o compartir su información médica con oficinas de gobierno que le proveen prestaciones o servicios públicos. Podríamos proporcionar o compartir su información médica con otras agencias de gobierno permitidas por la ley, incluyendo el gobierno federal, para mostrar cómo esta trabajando IHCP y para mejorar programas.

## Sus Derechos Sobre Información Médica

- Podríamos usar o proporcionar su información médica en cumplimiento con la ley en caso de una emergencia pública para avisar a su familia; para actividades de salud públicas para prevenir o controlar enfermedades, daños o discapacidades o reportar abuso; para cumplir con la Ley de Compensación de los Trabajadores; cuando se requiere por ley incluyendo citación, como requisito en el proceso de descubrimiento, la corte o por orden administrativa. En casos de seguridad nacional, para reportar estadísticas vitales, o para procesar información de donación de órganos.
- Podríamos proporcionar su información a investigadores cuando la información no lo identifica a usted o cuando su investigación ha sido revisada y aprobada por una revisión institucional de la mesa directiva para asegurar la continua privacidad y protección de su información médica.
- Usted tiene el derecho de pedir que IHCP no comparta su información médica, o solo parte de su información, o proporcionar la información por las razones que usted pida. Pero no estamos obligados a cumplir su petición.
- Usted tiene el derecho de pedir una copia de este aviso en cualquier momento, aunque este de acuerdo en recibirlo electrónicamente (por e-mail).
- Usted tiene el derecho de pedir una lista cada vez que su información médica ha sido compartida. Usted debe de hacer una petición por escrito a la Oficina de Privacidad de IHCP y especificar el periodo de tiempo que le interese saber. No puede ser de más de 6 años atrás ni tampoco incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003. Esta lista no incluirá la información médica personal que fue proporcionada para el tratamiento que se le dio, para el pago por servicios, para el manejo de servicios médicos, para seguridad nacional, para uso de las prisiones o oficiales de policía. Esta lista no incluirá la información que pidió por escrito a IHCP y que se le otorgo o información que se le otorgo a personas que están involucradas en su cuidado.
- Usted tiene el derecho a pedir que lo contactemos acerca de asuntos sobre su salud personal en cierta forma o lugar específico. Por ejemplo, puede pedir que solo se le contacte en su trabajo o por e-mail. Nosotros le revisaremos y concederemos peticiones razonables. Para que lo contactemos de alguna forma especial o lugar específico, acerca de su información médica personal, usted debe escribir a la Oficina de IHCP Privacy a la dirección que esta al final de este aviso que es donde usted puede contactarnos.
- Usted tiene el derecho de ver y obtener una copia de su información médica. Se le cobraría el costo de las fotocopias, envío, u otros gastos que se necesiten para darle la información. Usted no tiene el derecho a ver o hacer una copia de la información que se use en demandas, investigaciones criminales o prosecución, o anotaciones hechas por un terapeuta o siquiatra de salud mental. Si usted considera que no se le ha permitido ver o tener copias de su información médica usted puede llenar una apelación con la oficina de IHCP Privacy. Si una apelación es registrada con la oficina de IHCP Privacy, una persona que no participó en la decisión de negar su petición revisará la apelación.
- Usted tiene el derecho de pedir que se cambie su información médica si usted considera es incorrecta o incompleta. Su petición podría ser negada si nosotros no creemos o escribimos la información, esto no es parte de la información que usted puede ver u obtener copia, o si decidimos que la información médica personal no tiene errores y esta completa.

Por favor note que: Todas las peticiones referentes a su información médica deben ser por escrito y enviadas a la dirección de la Oficina de IHCP Privacy que esta al final de este aviso.

## Para Contactarnos o Presentar una Queja

Si tiene preguntas o quiere información adicional, puede contactar a IHCP en la siguiente dirección o teléfono.

Si tiene una queja acerca del manejo de su información médica o cree que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad, por favor haga una queja por escrito a IHCP o a la dirección siguiente. **Todas las quejas se deben hacer por escrito.**

**IHCP Privacy Office**  
P.O. Box 7260  
Indianapolis, IN 46207-7260  
(317) 713-9627 or 1-800-457-4584

Usted también puede presentar una queja por teléfono o por escrito a la Oficina de los Derechos Civiles (Office for Civil Rights) a la siguiente dirección:

**Office for Civil Rights**  
U.S. Department of Health & Human Services  
233 N. Michigan Ave., Suite 240  
Chicago, IL 60601  
(312) 886-2359; (312) 353-5693 (TDD)

Nosotros nunca tomaremos una acción en contra de usted por llenar una queja ni tampoco afectará los servicios médicos ofrecidos a usted.