



## MEMBER BULLETIN

BT 200909

APRIL 23, 2009

---

**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 may have received a copy of this notice in April 2003, April 2006, and when you first became eligible for Indiana Health Coverage Programs (IHCP), such as Medicaid, Hoosier Healthwise, Medicaid Select, *Care Select*, or the Healthy Indiana Plan (HIP). 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 notificación en Español, por favor contacte a la Oficina de Privacidad de IHCP al (317) 713-9627 o al 1-800-457-4584.*



## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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 notificación en Español, por favor contacte a la Oficina de Privacidad 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, Healthy Indiana Plan (HIP), Care Select and members residing in institutions operated by the Indiana State Department of Health and/or the Division of Mental Health and Addiction 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. 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. Information on how to contact the IHCP Privacy Office can be found at the end of this notice.
- 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 Privacy Office 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 Privacy Office 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.

**Effective April 23, 2009**



## N O T I F I C A C I Ó N   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 esta notificación en Español, por favor contacte a la Oficina de Privacidad de IHCP al (317) 713-9627 ó al 1-800-457-4584.

**Esta notificación es para todos los miembros de los Programas de Cobertura de Salud de Indiana (Indiana Health Coverage Programs [IHCP]), incluyendo los programas de Medicaid, Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan (HIP), Care Select, y los miembros que residen en instituciones administradas por el Departamento de Salud del Estado de Indiana (Indiana State Department of Health) y/o la División de Salud Mental y Adicción (Division of Mental Health and Addiction) que han recibido servicios médicos fuera de estas instituciones. ESTA NOTIFICACIÓN ES SÓLO PARA SU INFORMACIÓN. USTED NO NECESITA TOMAR NINGUNA ACCIÓN EN RELACIÓN A ESTA NOTIFICACIÓN.**

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

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PODRÍA SER USADA Y COMPARTIDA, Y COMO USTED PODRÍA TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

Esta notificación informa acerca de cómo IHCP puede usar o compartir su información médica. La misma también le informa sobre sus derechos en relación su información médica. Su información médica no será compartida con nadie a menos que usted dé una autorización por escrito, excepto en las situaciones descritas en este aviso o cuando es requerido o permitido por la ley. Si usted nos da una autorización por escrito, usted puede cambiar de opinión y hacérselo saber por escrito. IHCP podría cambiar sus prácticas de manejo de privacidad y hacer estas nuevas prácticas efectivas para toda la información médica personal que nosotros mantenemos. Si los términos de esta notificación cambian, nosotros le enviaremos una copia actualizada de dicha notificación a la dirección que usted nos proporcionó.

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

Sabemos que la información sobre su salud es personal. Por ende, nos tomamos bien en serio nuestra responsabilidad de mantener la privacidad de su información médica personal. Estamos comprometidos en cumplir todas las leyes estatales y federales que protegen su información médica. Estas leyes requieren que nosotros protejamos su información médica, le informemos sobre sus derechos con respecto a su información médica, y le enviemos esta notificación explicándole nuestras responsabilidades y la maneras en que usamos y compartimos su información médica.

### **Usar y Compartir su Información Médica**

Nosotros no creamos archivos médicos. Nosotros recibimos información médica para ayudarnos a tomar decisiones sobre su elegibilidad a ciertos programas y servicios. Su información médica es utilizada para pagar por los servicios que usted recibió de su proveedor de servicios médicos, para el manejo de los servicios de salud, y para evaluar la calidad de los servicios que usted recibe. A continuación mencionamos algunos ejemplos comunes de cómo usamos su información médica personal:

- Los médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos de los cuales usted recibe servicios, incluyen la información médica de usted cuando nos envían una reclamación de pago por dichos servicios. Estos proveedores también pueden darnos su información médica para obtener autorización previa para ofrecer ciertos servicios, o para averiguar si un servicio en particular está cubierto por el Medicaid. Estas transacciones incluyen información que lo identifica a usted, su diagnóstico, y los servicios o tratamientos que usted ha recibido, o que pueda recibir en el futuro. Nosotros utilizamos esta información médica para aprobar y pagar por los servicios cubiertos por el Medicaid. También podemos compartir su información con otros programas que pudiesen pagar por su cuidado médico, tales como el programa de Medicare o compañías de seguros privadas, para obtener pagos por dichos servicios.
- Nosotros podemos usar su información médica para revisar el cuidado y resultado de su tratamiento, y para comparar estos resultados con los resultados de otras personas que recibieron un tratamiento igual o similar al suyo. Esta información es utilizada para mejorar la calidad y efectividad de los servicios de cuidado de salud.
- Nosotros también podemos compartir su información médica con nuestros empleados, al igual que con compañías y personas que hayamos contratados, de manera que ellos puedan realizar los trabajos que nosotros les asignemos, tales como aprobar servicios para usted, o revisar los pagos hechos a proveedores de servicios médicos. Para proteger su información médica, nosotros requerimos que todos aquellos que tienen contratos con nosotros sigan las reglas establecidas para proteger su información.
- Nosotros podemos usar y compartir su información médica para informarle a usted o a su proveedor de servicios médicos acerca de posibles tratamientos, tratamientos alternativos, y para otros beneficios relacionados con la salud.
- Nosotros podemos compartir su información médica con otras agencias de gobierno que puedan proveerle a usted beneficios públicos o servicios. También podemos compartir su información médica con otras agencias de gobierno permitidas por ley, incluyendo al gobierno federal, para demostrar cómo IHCP está trabajando y para mejorar dichos programas.

## Sus Derechos En Relación a su Información Médica

- Nosotros podemos usar o compartir su información médica en cumplimiento con la ley en caso de una emergencia pública para avisar a su familia; para actividades de salud públicas con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades o reportar abuso; para cumplir con la Ley de Compensación de los Trabajadores; cuando es requerido por ley como respuesta a una citación de corte, un proceso de descubrimiento, o una orden de corte o administrativa; en casos de seguridad nacional; para reportar estadísticas vitales; o para procesar información de donación de órganos.
- Su información también puede ser proporcionada a investigadores médicos/científicos cuando dicha información no lo puede identificar a usted o cuando la investigación ha sido revisada y aprobada por una junta de revisión institucional para asegurar la continua privacidad y protección de su información médica.
- Usted tiene el derecho de solicitar que IHCP no divulgue su información médica personal, que divulgue sólo parte de su información, o que la proporcione por las razones que usted solicite. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir con su petición.
- Usted tiene el derecho de pedir que se le envíe una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, aún cuando usted haya aceptado recibirla por correo electrónico (“e-mail”).
- Usted tiene el derecho de solicitar una lista que muestre cada instancia en la que nosotros divulgamos su información médica personal. Su petición por escrito debe ser enviada a la Oficina de Privacidad de IHCP y especificar el periodo de tiempo que debe cubrir dicha lista. Este periodo de tiempo no puede ir hacia atrás más allá de seis años, ni puede incluir fechas que hayan caído antes del 14 de abril del 2003. Esta lista no incluirá información médica personal que haya sido proporcionada para proveerle tratamiento a usted, hacer u obtener pagos por servicios, administrar los servicios de salud, seguridad nacional, o uso de prisiones u oficiales responsables por el cumplimiento de la ley (tales como policías o agentes federales). Esta lista tampoco incluirá información que usted haya solicitado por escrito a IHCP y se le haya proporcionado a usted o a alguna persona que esté envuelta en su cuidado médico. La información de cómo contactar a la Oficina de Privacidad de IHCP se encuentra al final de esta notificación.
- Usted tiene el derecho a solicitar que lo contactemos de una manera o en un lugar específico en referencia a asuntos relacionados con su salud. Por ejemplo, usted puede solicitar que sólo lo contactemos en su trabajo o por correo electrónico. Nosotros revisaremos y sólo aprobaremos peticiones razonables. Para hacer esta solicitud, usted debe escribir a la Oficina de Privacidad de IHCP a la dirección que aparece al final de esta notificación.
- Usted tiene el derecho de ver y obtener una copia de su información médica. Se le puede cobrar un cargo por los gastos de fotocopias, envío, u otros gastos asociados con dicha petición. Sin embargo, usted no tiene el derecho de ver o hacer una copia de la información que se use en demandas, investigaciones criminales o juicios; o anotaciones hechas por un psiquiatra o un terapeuta de salud mental. Si usted considera que no se le ha permitido ver o tener copias de su información médica, usted puede solicitar una apelación con la Oficina de Privacidad de IHCP. Si una apelación es sometida a la Oficina de Privacidad de IHCP, una persona que no haya participado en la decisión inicial de negar su petición revisará la apelación.
- Usted tiene el derecho de pedir que se cambie su información médica si usted considera que la misma está incorrecta o incompleta. Su petición podría ser negada si la información no fue creada ni escrita por nosotros, si no es parte de la información que usted puede ver u obtener copia, o si determinamos que su información médica personal no tiene errores y está completa.

Nota: Todas las peticiones referentes a su información médica deben ser por escrito y enviadas a la dirección de la Oficina de Privacidad de IHCP (“IHCP Privacy Office”), la cual se encuentra al final de esta notificación.

## Para Contactarnos o Someter una Queja

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

Si tiene una queja acerca de cómo manejamos su información médica o cree que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad, por favor someta su queja por escrito a la Oficina de Privacidad de IHCP 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 al Secretario de Salud y Servicios Humanos (“Secretary of Health and Human Services”) a la siguiente dirección:

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

Nosotros nunca tomaremos una acción en contra de usted por someter una queja, ni tampoco los servicios médicos ofrecidos a usted se verán afectados.