

Quejas

Si considera que no hemos protegido su privacidad y desea expresar su inconformidad, puede presentar una queja por escrito a:

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729

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.

O bien, puede comunicarse con las siguientes dependencias:

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
Attention: Regional Manager
90 Seventh St.; Federal Bldg., St. 5-100
San Francisco, CA 94103

Para obtener información adicional, llame al (800) 368-1019 o a la Oficina de Derechos Civiles de Estados Unidos al (866) OCR-PRIV (866-627-7748) o al (866) 788-4989 TTY.

Ejerza sus derechos sin temor

IEHP no puede retirarle sus beneficios de atención médica ni hacer nada que le perjudique de forma alguna si decide presentar una queja o ejercer alguno de los derechos de privacidad descritos en este aviso.

IEHP siempre ha tenido el compromiso de proteger la privacidad de los Miembros y de mantener la confidencialidad de su información médica y personal ante cualquier situación, de conformidad y en cumplimiento con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*) y el resto de las leyes estatales y federales. Todos los empleados de



Mensaje de
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN (IEHP)

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003

Fecha de modificación: 1 de enero de 2021

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN LA QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y SER DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ESTO CUIDADOSAMENTE.

IEHP le ofrece atención médica mediante programas federales, estatales y comerciales. Las leyes estatales y federales nos exigen proteger la información sobre su salud. Y debemos proporcionarle este aviso que indica cómo podemos usar y compartir su información, y cuáles son sus derechos.

Su información es personal y privada.

Recibimos información sobre usted de las dependencias federales, estatales y locales después de que usted se vuelve elegible y se inscribe en nuestro plan de salud. También recibimos información médica de sus Doctores, clínicas, laboratorios y hospitales para autorizar y pagar su atención médica.

CAMBIOS AL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

IEHP debe cumplir el aviso actualmente vigente. Nos reservamos el derecho de poner en vigor cualquier aviso modificado o con cambios para los efectos de la información que ya tenemos y la información que recibamos en el futuro. Si realizamos cambios, modificaremos este aviso y se lo enviaremos de inmediato.

Cómo podemos usar y compartir información sobre usted

IEHP puede usar o compartir su información solo para efectos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica relacionados con el programa en particular en el que se haya inscrito. La información que usamos y compartimos incluye, entre otra:

- Su nombre;
- Domicilio;
- Datos personales;
- Atención médica que se le ha brindado, y
- Su historia clínica.

Algunas acciones que realizamos al desempeñarnos como su plan de salud incluyen:

- Verificar su elegibilidad, su inscripción y el número de tratamientos médicos que puede recibir
- Autorizar, proporcionar y pagar servicios de atención médica
- Investigar o procesar casos (como fraudes)
- Verificar la calidad de la atención que recibe
- Coordinar la atención que recibe

Algunos ejemplos de motivos por los cuales compartiríamos su información con otras personas involucradas en su atención médica:

1. **Para el tratamiento:** es posible que necesite tratamiento médico que requiera que autoricemos la atención de manera anticipada. Compartiremos la información con los Doctores, hospitales y otras personas para que reciba la atención que necesite.
2. **Para el pago:** IEHP revisa, autoriza y paga las reclamaciones de atención médica que nos envían para los efectos de su atención médica. Cuando lo hacemos, compartimos información con los Doctores, las clínicas y otras personas que nos facturan su atención. Y es posible que remitamos las facturas a otros planes de salud u organizaciones para su pago.
3. **Para operaciones de atención médica:** es posible que usemos la información incluida en su registro médico para evaluar la calidad de la atención médica que recibe. También es posible que usemos esta información en auditorías, investigaciones de fraudes y abusos, planificación y cuestiones generales de administración.

También podríamos comunicarnos con usted para brindarle información sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, como los programas de educación sobre la salud y el manejo de algunos problemas de salud.

Otros usos de su información médica

1. En ocasiones, un tribunal nos ordena proporcionarle su información médica. También proporcionamos información a un tribunal, investigador o abogado si está relacionada con la operación de alguno de los otros programas. Esto puede incluir fraudes o acciones encaminadas a recuperar dinero de otras personas, cuando la entidad federal, estatal o comercial o IEHP pagó sus reclamaciones médicas.
2. Usted o su Doctor, el hospital u otro proveedor de atención médica puede apelar las decisiones que se tomen en relación con sus reclamaciones de atención médica. Su información médica puede usarse para tomar esas decisiones sobre la apelación.
3. También podemos compartir su información médica con dependencias y organizaciones que verifican la forma en la que nuestro plan de salud otorga los servicios.
4. Debemos compartir su información médica con el gobierno federal cuando este verifique la manera en la que cumplimos las normas en materia de privacidad.

Cuándo se necesita autorización por escrito

Si necesitamos usar su información para cualquier propósito que no se haya mencionado anteriormente, debemos obtener su autorización por escrito. Si nos concede su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

Tiene derecho a pedirnos que no usemos ni compartamos su información médica protegida en las formas antes descritas. Es posible que no podamos aceptar su solicitud.

Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted únicamente por escrito, a un domicilio o apartado postal diferente, o por teléfono. Aceptaremos las solicitudes razonables cuando sean necesarias para proteger la seguridad de su información.

Usted o su representante personal tienen derecho a revisar y obtener una copia impresa o electrónica de su información médica. Se le enviará un formulario que deberá llenar y es posible que se le haga un cobro por el costo de la copia y el envío de los expedientes. (Es posible que le impidamos ver algunas secciones de su expediente por motivos permitidos por la ley).

Tiene derecho a pedir que se hagan cambios a la información de su expediente si es incorrecta o está incompleta. Es posible que rechacemos su solicitud si:

- La información no fue creada o no está resguardada por IEHP, o
- Consideramos que es correcta y está completa.

Si no realizamos los cambios que usted pida, puede pedir que revisemos nuestra decisión. También puede enviar una declaración en la que indique el motivo por el cual no está de acuerdo con nuestros registros, y su declaración se guardará junto con su expediente.

Tiene derecho a que se le notifique si se produce una violación de la información médica protegida no asegurada en caso de que se vea afectado por esa violación.

Tiene derecho a impedir a IEHP ciertas divulgaciones de la información médica protegida cuando usted u otra persona en su nombre pague la totalidad del artículo o servicio de atención médica.

Tiene derecho a recibir una relación de casos en los que su información médica protegida se haya compartido.

***** IMPORTANTE *****

IEHP NO DISPONE DE COPIAS COMPLETAS DE SU EXPEDIENTE MÉDICO. SI DESEA VER, OBTENER UNA COPIA O CAMBIAR SU EXPEDIENTE MÉDICO, COMUNÍQUESE CON SU DOCTOR O CLÍNICA.

Cuando compartamos (divulgamos) su información médica, tiene derecho a solicitar una relación que incluya:

- Con quién compartimos la información;
- Cuándo la compartimos;
- Por qué motivos, y
- Qué información se compartió.

Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso sobre prácticas de privacidad. También podrá encontrar este aviso en nuestro sitio web en: www.iehp.org

¿Cómo puede comunicarse con nosotros para ejercer sus derechos?

Si desea ejercer alguno de los derechos de privacidad que se describen en este aviso, escríbanos a:

IEHP Vice President, 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.