

Notice
Of Privacy
Practices

Notificación
De Las
Prácticas De
Privacidad

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 IS IN EFFECT APRIL 14, 2003.

WHAT IS THIS NOTICE?

This Notice tells you:

- How AMERIGROUP Community Care handles your protected health information.
- How AMERIGROUP Community Care uses and gives out your protected health information.
- Your rights about your protected health information.
- AMERIGROUP Community Care's responsibilities in protecting your protected health information.

This Notice follows what is known as the "HIPAA Privacy Regulations." These regulations were given out by the federal government. The federal government requires companies such as AMERIGROUP Community Care to follow the terms of the regulations and of this Notice.

This Notice is also available on AMERIGROUP Community Care's web site at www.amerigroupcorp.com.

NOTE: You may also get a Notice of Privacy Practices from the State and other organizations.

WHAT IS PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

Protected health information (PHI) - The HIPAA Privacy Regulations define protected health information as:

- Information that identifies you or can be used to identify you.
- Information that either comes from you or has been created or received by a health care provider, a health plan, your employer or a health care clearinghouse.
- Information that has to do with your physical or mental health or condition, providing health care to you, or paying for providing health care to you.

In this Notice, "protected health information" will be written as PHI.

WHAT ARE AMERIGROUP COMMUNITY CARE'S RESPONSIBILITIES TO YOU ABOUT YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

Your/your family's PHI is personal. We have rules about keeping this information private. These rules are designed to follow state and federal requirements.

AMERIGROUP Community Care must:

- Protect the privacy of the PHI that we have or keep about you.
- Provide you with this Notice about how we get and keep PHI about you.
- Follow the terms of this Notice.
- Follow state privacy laws that do not conflict with or are stricter than the HIPAA Privacy Regulations.

We will not use or give out your PHI without your authorization, except as described in this Notice.

HOW DO WE USE YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

The sections that follow tell some of the ways we can use and share PHI without your written authorization.

FOR PAYMENT – We may use PHI about you so that the treatment services you get may be looked at for payment. For example, a bill that your provider sends us may be paid using information that identifies you, your diagnosis, the procedures or tests and supplies that were used.

FOR HEALTH CARE OPERATIONS – We may use PHI about you for health care operations. For example, we may use the information in your record to review the care and results in your case and other cases like it. This information will then be used to improve the quality and success of the health care you get. Another example of this is using information to help enroll you for health care coverage.

We may use PHI about you to help provide coverage for medical treatment or services. For example, information we get from a provider (nurse, doctor or other member of a health care team) will be logged and used to help decide the coverage for the treatment you need. We may also use or share your PHI to:

- Send you information about one of our disease or case management programs.
- Send reminder cards that let you know that it is time to make an appointment or get services like EPSDT or Child Health Checkup services.

- Answer a customer service request from you.
- Make decisions about claims requests and appeals for services you received.
- Look into any fraud or abuse cases and make sure required rules are followed.

OTHER USES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

- **BUSINESS ASSOCIATES** – We may contract with “business associates” that will provide services to AMERIGROUP Community Care using your PHI. Services our business associates may provide include dental services for members, a copy service that makes copies of your record and computer software vendors. They will use your PHI to do the job we have asked them to do. The business associate must sign a contract to agree to protect the privacy of your PHI.
- **PEOPLE INVOLVED WITH YOUR CARE OR WITH PAYMENT FOR YOUR CARE** – We may make your PHI known to a family member, other relative, close friend or other personal representative that you choose. This will be based on how involved the person is in your care or payment that relates to your care. We may share information with parents or guardians, if allowed by law.
- **LAW ENFORCEMENT** – We may share PHI if law enforcement officials ask us to. We will share PHI about you as required by law or in response to subpoenas, discovery requests and other court or legal orders.
- **OTHER COVERED ENTITIES** – We may use or share your PHI to help health care providers that relate to health care treatment, payment or operations. For example, we may share your PHI with a health care provider so that the provider can treat you.
- **PUBLIC HEALTH ACTIVITIES** – We may use or share your PHI for public health activities allowed or required by law. For example, we may use or share information to help prevent or control disease, injury or disability. We also may share information with a public health authority allowed to get reports of child abuse, neglect or domestic violence.
- **HEALTH OVERSIGHT ACTIVITIES** – We may share your PHI with a health oversight agency for activities approved by law, such as audits; investigations; inspections; licensure or disciplinary actions; or civil, administrative, or criminal proceedings or actions. Oversight agencies include government agencies that look after the health care system; benefit programs including Medicaid, SCHIP, or Healthy Kids; and other government regulation programs.

- **RESEARCH** - We may share your PHI with researchers when an institutional review board or privacy board has followed the HIPAA information requirements.
- **CORONERS, MEDICAL EXAMINERS, FUNERAL DIRECTORS AND ORGAN DONATION** - We may share your PHI to identify a deceased person, determine a cause of death, or to do other coroner or medical examiner duties allowed by law. We also may share information with funeral directors, as allowed by law. We may also share PHI with organizations that handle organ, eye or tissue donation and transplants.
- **TO PREVENT A SERIOUS THREAT TO HEALTH OR SAFETY** - We may share your PHI if we feel it is needed to prevent or reduce a serious and likely threat to the health or safety of a person or the public.
- **MILITARY ACTIVITY AND NATIONAL SECURITY** - Under certain conditions, we may share your PHI if you are, or were, in the Armed Forces. This may happen for activities believed necessary by appropriate military command authorities.
- **DISCLOSURES TO THE SECRETARY OF THE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES** - We are required to share your PHI with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. This happens when the Secretary looks into or decides if we are in compliance with the HIPAA Privacy Regulations.

WHAT ARE YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

We want you to know your rights about your PHI and your AMERIGROUP Community Care family members' PHI.

RIGHT TO GET AMERIGROUP COMMUNITY CARE'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

We are required to send each AMERIGROUP Community Care "head of case" or "head of household" a printed copy of this Notice on or before April 14, 2003. After that, each "head of case" or "head of household" will get a printed copy of the Notice in the New Member Welcome package.

We have the right to change this Notice. Once the change happens, it will apply to PHI that we have at the time we make the change and to the PHI we had before we made the change. A new Notice that includes the changes and the

dates they are in effect will be mailed to you at the address we have for you. The changes to our Notice will also be included on our web site. You may ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time. Call Member Services toll free at 1-800-600-4441. If you are hearing impaired and want to talk to Member Services, call the toll-free AT&T Relay Service at 1-800-855-2880.

RIGHT TO REQUEST A PERSONAL REPRESENTATIVE

You have the right to request a personal representative to act on your behalf, and AMERIGROUP Community Care will treat that person as if they were you.

Unless you apply restrictions, your personal representative will have full access to all of your AMERIGROUP Community Care records. If you would like someone to act as your personal representative, AMERIGROUP Community Care requires your request in writing. A personal representative form must be completed and mailed back to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. To request a personal representative form, please contact Member Services. We will send you a form to complete. The address and phone number are at the end of this notice.

RIGHT TO ACCESS

You have the right to look at and get a copy of your enrollment, claims, payment and case management information on file with AMERIGROUP Community Care . This file of information is called a designated record set. We will provide the first copy to you in any 12-month period without charge.

If you would like a copy of your PHI, you must send a written request to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. The address is at the end of this Notice. We will answer your written request in 30 calendar days. We may ask for an extra 30 calendar days to process your request if needed. We will let you know if we need the extra time.

- We do not keep complete copies of your medical records. If you would like a copy of your medical record, contact your doctor or other provider. Follow the doctor's or provider's instructions to get a copy. Your doctor or other provider may charge a fee for the cost of copying and/or mailing the record.

- We have the right to keep you from having or seeing all or part of your PHI for certain reasons. For example, if the release of the information could cause harm to you or other persons. Or, if the information was gathered or created for research or as part of a civil or criminal proceeding, We will tell you the reason in writing. We will also give you information about how you can file an appeal if you do not agree with us.

RIGHT TO AMEND

You have the right to ask that information in your health record be changed if you think it is not correct.

To ask for a change, send your request in writing to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to complete. You can also call Member Services to request a form. The address and phone number are at the end of this Notice.

- State the reason why you are asking for a change.
- If the change you ask for is in your medical record, get in touch with the doctor who wrote the record. The doctor will tell you what you need to do to have the medical record changed.

We will answer your request within 30 days of when we receive it. We may ask for an extra 30 days to process your request if needed. We will let you know if we need the extra time.

We may deny the request for change. We will send you a written reason for the denial if:

- The information was not created or entered by AMERIGROUP Community Care.
- The information is not kept by AMERIGROUP Community Care.
- You are not allowed, by law, to see and copy that information.
- The information is already correct and complete.

RIGHT TO AN ACCOUNTING OF CERTAIN DISCLOSURES OF YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

You have the right to get an accounting of certain disclosures of your PHI. This is a list of times we shared your information when it was not part of payment and health care operations.

Most disclosures of your PHI by our business associates or us will be for payment or health care operations.

To ask for a list of disclosures, please send a request in writing to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to complete. For a copy of the form, contact Member Services. The address and phone number are at the end of this Notice. Your request must give a time-period that you want to know about. The time-period may not be longer than 6 years and may not include dates before April 14, 2003.

RIGHT TO REQUEST RESTRICTIONS

You have the right to ask that your PHI not be used or shared. You do not have the right to ask for limits when we share your PHI if we are asked to do so by law enforcement officials, court officials or State and Federal agencies in keeping with the law. We have the right to deny a request for restriction of your PHI.

To ask for a limit on the use of your PHI, send a written request to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to fill out. You can contact Member Services for a copy of the form. The address and phone number are at the end of this Notice. The request should include:

- The information you want to limit and why you want to restrict access.
- Whether you want to limit when the information is used, when the information is given out, or both.
- The person or persons that you want the limits to apply to.

We will look at your request and decide if we will allow or deny the request within 30 days. If we deny the request, we will send you a letter and tell you why.

RIGHT TO CANCEL A PRIVACY AUTHORIZATION FOR THE USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

We must have your written permission (authorization) to use or give out your PHI for any reason other than payment and health care operations or other uses and disclosures listed under Other Uses of Protected Health Information. If we need your authorization, we will send you an authorization form explaining the use for that information.

You can cancel your authorization at any time by following the instructions below.

Send your request in writing to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to complete. You can contact Member Services for a copy of the form. The address and phone number are at the

end of this Notice. This cancellation will only apply to requests to use and share information asked for after we get your notice.

RIGHT TO REQUEST CONFIDENTIAL COMMUNICATIONS

You have the right to ask that we communicate with you about your PHI in a certain way or in a certain location. For example, you may ask that we send mail to an address that is different from your home address.

Requests to change how we communicate with you should be submitted in writing to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to complete. For a copy of the form, contact Member Services. The address and phone number are at the end of this Notice. Your request should state how and where you want us to contact you.

WHAT SHOULD YOU DO IF YOU HAVE A COMPLAINT ABOUT THE WAY THAT YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION(PHI) IS HANDLED BY AMERIGROUP COMMUNITY CARE OR OUR BUSINESS ASSOCIATES?

If you believe that your privacy rights have been violated, you may file a complaint with AMERIGROUP Community Care or with the Secretary of Health and Human Services.

To file a complaint with AMERIGROUP Community Care or to appeal a decision about your PHI, send a written request to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit or call Member Services. The address and phone number are at the end of this Notice.

To file a complaint with the Secretary of Health and Human Services, send your written request to the address listed for the state where you live.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70
Atlanta, GA 30323

You will not lose your AMERIGROUP Community Care membership or health care benefits if you file a complaint. Even if you file a complaint, you will still get health care coverage from AMERIGROUP Community Care as long as you are a member.

WHERE SHOULD YOU CALL OR SEND REQUESTS OR QUESTIONS ABOUT YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

You may call us toll free at: 1-800-600-4441.

Or, you may send questions or requests, such as the examples listed in this Notice, to the address below:

AMERIGROUP Community Care
Attn: Member Privacy Unit
4425 Corporation Lane
Virginia Beach, Virginia 23462

Send your request to this address so that we can process it timely. Requests sent to persons, offices or addresses other than the address listed above might be delayed.

If you are hearing impaired, you may call the toll-free AT&T Relay Service at 1-800-855-2880.

NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

ESTA NOTIFICACIÓN ENTRA EN VIGENCIA EL 14 DE ABRIL DE 2003..

¿DE QUÉ SE TRATA ESTA NOTIFICACIÓN?

Esta notificación le informa:

- Cómo maneja AMERIGROUP Community Care su información médica protegida.
- Cómo AMERIGROUP Community Care usa y divulga su información médica protegida.
- Sus derechos sobre la información médica protegida.
- Las responsabilidades de AMERIGROUP Community Care en la protección de su información médica protegida.

Esta Notificación cumple con las Reglamentaciones de Privacidad de HIPAA ("HIPAA Privacy Regulations"). Estas reglamentaciones fueron emitidas por el gobierno federal. El gobierno federal exige que las compañías como AMERIGROUP Community Care cumplan con las condiciones de las reglamentaciones y de la presente Notificación.

NOTA: Es posible que también reciba una Notificación de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) del Estado y otras organizaciones.

¿QUÉ ES LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Las Reglamentaciones de Privacidad HIPAA definen la información médica protegida (PHI, por su sigla en inglés) como:

- Información que lo identifica o puede servir para identificarlo.
- Información que usted ha suministrado o que ha creado o recibido un proveedor de atención médica, un plan de salud, su empleador o un centro informativo de atención médica.
- Información relacionada con su estado de salud mental o física y con los servicios de atención médica que usted haya recibido o con los pagos por dichos servicios.

En esta Notificación, la "información médica protegida" se denominará PHI.

¿CUÁLES SON LAS RESPONSABILIDADES DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE FRENTE A USTED RESPECTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

La PHI de usted o su familia es personal. Tenemos normas que rigen la privacidad de esta información. Estas reglas están diseñadas para cumplir con los requisitos establecidos en el ámbito estatal y federal.

AMERIGROUP Community Care debe:

- Proteger la privacidad de la PHI en nuestro poder.
- Suministrarle esta Notificación acerca de cómo obtenemos y conservamos su PHI.
- Cumplir con las condiciones de la presente Notificación.
- Cumplir con las leyes estatales sobre privacidad que no entren en conflicto o sean más estrictas que las Reglamentaciones de Privacidad HIPAA (HIPAA Privacy Regulations).

No utilizaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización, salvo según se describe en esta Notificación.

¿CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

A continuación, se detallan algunas de las formas en que podemos utilizar y divulgar la PHI sin necesidad de su autorización escrita.

PAGO: Es posible que utilicemos su PHI a fin de considerar el pago de los servicios de tratamiento que usted utilice. Por ejemplo, es posible que se pague una factura enviada por su médico a partir de la información que lo identifica, determina su diagnóstico, los procedimientos o las pruebas y los insumos utilizados.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Es posible que utilicemos su PHI a los fines de realizar operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar la información en su historia o revisar la atención y los resultados obtenidos en su caso y en casos similares. Luego, se utilizará esta información para mejorar la calidad y el éxito de la atención médica que usted reciba. Otro ejemplo es el uso de información necesaria para afiliarlo a la cobertura de atención médica.

Podemos recurrir a su PHI para ayudar a mejorar la cobertura de los tratamientos o servicios médicos. Por ejemplo, la información que obtenemos de un proveedor (enfermero, médico u otro miembro de un equipo de atención médica) se registra y utiliza para decidir la cobertura del tratamiento que usted necesita. Además, podemos utilizar o divulgar su PHI para:

- Enviarle información acerca de alguno de nuestros programas de administración de enfermedades o casos.
- Enviarle recordatorios que le notifiquen que debe fijar una cita u obtener servicios como los Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por su sigla en inglés) o los servicios de control de la salud infantil.
- Responder una solicitud de servicio de cliente realizada por usted.
- Tomar decisiones acerca de las solicitudes de reclamaciones y las apelaciones por los servicios que usted haya recibido.
- Evaluar los casos de fraude o abuso y asegurar el cumplimiento de las reglas exigidas.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

SOCIOS COMERCIALES: Es posible que celebremos contratos con “socios comerciales” que presten servicios a AMERIGROUP Community Care usando su PHI. Los servicios que pueden prestar nuestros socios comerciales incluyen las prestaciones odontológicas para los afiliados, un servicio de copias que hace copias de su historia clínica y los proveedores de software informático. Ellos harán uso de su PHI para realizar el trabajo encomendado por nosotros. El socio comercial debe firmar un contrato en el que acuerda proteger la privacidad de su PHI.

PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN O EN EL PAGO POR SU ATENCIÓN: Podemos divulgar su PHI a un familiar, pariente, amigo cercano u otro representante personal que usted designe. Esto se basará en la participación de la persona en su atención o en el pago de ésta. En los casos en los que la ley lo permite, podemos compartir información con padres y tutores.

CUMPLIMIENTO DE LA LEY: Es posible que debamos divulgar la PHI si así lo requiere una autoridad de cumplimiento de la ley. Divulgaremos su PHI en los casos en los que lo exija la ley, y en respuesta a citaciones, peticiones de presentación de pruebas y otras resoluciones legales.

OTRAS ENTIDADES CUBIERTAS: Es posible que debamos divulgar su PHI para ayudar a los proveedores de atención médica relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de la atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a un proveedor de atención médica de modo que el proveedor pueda tratarlo.

ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA: Es posible que utilicemos o divulguemos su PHI a los efectos de realizar actividades de salud pública permitidas o exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar la información para ayudar a prevenir o controlar la enfermedad, las lesiones o la discapacidad. Además, podemos divulgar la información a una autoridad de salud pública autorizada para obtener informes de abuso de menores, abandono de menores o violencia doméstica.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN ASOCIADAS CON LA SALUD: Es posible que divulguemos su PHI a una agencia de supervisión de la salud para la realización de actividades autorizadas legalmente, como las auditorías, las investigaciones, las inspecciones, las acciones vinculadas con las licencias o las disciplinarias; o los procedimientos o acciones civiles, administrativos o penales. Las agencias de supervisión incluyen las agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica; los programas de beneficios, incluyendo Medicaid, SCHIP, o Healthy Kids; y otros programas de reglamentación gubernamental.

INVESTIGACIÓN: Podemos compartir su PHI con investigadores en los casos en los que un consejo de revisión institucional o un consejo de privacidad haya cumplido con los requisitos relativos a la información de la HIPAA.

JUECES DE INSTRUCCIÓN, EXAMINADORES MÉDICOS, DIRECTORES DE FUNERARIAS Y DONACIÓN DE ÓRGANOS: Es posible que divulguemos su PHI para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte de alguien o para llevar a cabo cualquier otra tarea que deba realizar un juez de instrucción o un examinador médico de conformidad con la ley. También es posible que debamos divulgar la información a los directores de funerarias, según lo permita la ley. Además, es posible que divulguemos su PHI a organizaciones que administran la donación de órganos, córneas, tejidos y transplantes.

PARA IMPEDIR UNA SERIA AMENAZA A LA SALUD O A LA SEGURIDAD: Es posible que divulguemos su PHI en caso de que consideremos que es necesario para impedir o reducir una amenaza seria y probable a la salud o a la seguridad de una persona o del público.

ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL: En determinadas condiciones, es posible que debamos divulgar su PHI si usted es integrante del Ejército, o si lo fue en el pasado. Tal puede ser el caso de actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas.

DIVULGACIONES AL MINISTRO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS: Es posible que debamos divulgar su PHI al Ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Esto sucede cuando el Ministro evalúa el cumplimiento de las Reglamentaciones de Privacidad HIPAA (HIPAA Privacy Regulations).

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS RESPECTO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

Queremos que conozca cuáles son sus derechos respecto de su PHI y de la PHI de los demás integrantes de su familia afiliados a AMERIGROUP Community Care.

DERECHO DE RECIBIR LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE

Debemos enviar a cada “jefe de caso” o “cabeza de familia” de AMERIGROUP Community Care una copia impresa de esta Notificación antes del 14 de abril de 2003. Después de esa fecha, cada “jefe de caso” o “cabeza de familia” recibirá una copia impresa de esta Notificación en el paquete de Bienvenida a los Nuevos Afiliados.

Nos reservamos el derecho a modificar esta Notificación. Una vez que esto suceda, se aplicará a toda la PHI en nuestro poder al momento en que usted realice el cambio y a la PHI que teníamos antes del cambio. Se le enviará una nueva Notificación que incluya los cambios y las fechas de vigencia de éstos a la dirección registrada a su nombre. Los cambios a nuestra Notificación también se incorporarán a nuestro sitio Web. Puede solicitar una copia impresa de la Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Llame gratuitamente a Servicios del Afiliado al 1-800-600-4441. Si tiene problemas auditivos, llame a la línea gratuita del Servicio de Retransmisión de AT&T al 1-800-855-2880.

DERECHO DE SOLICITAR UN REPRESENTANTE PERSONAL

Usted tiene derecho a solicitar un representante personal para que actúe en su nombre, y AMERIGROUP Community Care tratará a esa persona como si fuese usted.

A menos que usted imponga alguna restricción, su representante personal tendrá acceso ilimitado a todos sus registros de AMERIGROUP Community Care. Si desea designar un representante personal, AMERIGROUP Community Care le exigirá que presente su solicitud por escrito. Deberá completar un formulario de representante personal y enviarlo por correo a la Unidad de Privacidad del Afiliado de AMERIGROUP Community Care. Para solicitar un formulario de representante personal, comuníquese con Servicios del Afiliado. Le enviaremos un formulario que debe completar. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta Notificación.

DERECHO DE ACCESO

Usted tiene derecho a ver y obtener una copia de toda la información relativa a afiliación, reclamaciones, pagos y administración de caso que se encuentre en los archivos de AMERIGROUP Community Care. Este archivo de información se denomina un conjunto de historia médica designado. Le suministraremos la primera copia en 12 meses sin cargo.

Si desea una copia de su PHI, debe solicitarla por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de AMERIGROUP Community Care. La dirección figura al final de esta Notificación. Responderemos a su solicitud por escrito en 30 días de calendario. Es posible que solicitemos 30 días de calendario adicionales para procesar su solicitud, de ser necesario. Le notificaremos si necesitamos de tiempo adicional.

- No conservamos copias completas de su historia clínica. En caso de que desee una copia de su historia clínica, debe ponerse en contacto con su médico u otro proveedor. Siga las instrucciones del médico o proveedor para obtener una copia. Es posible que su médico u otro proveedor le facture un cargo por el copiado y/o envío de la historia clínica.
- Nos reservamos el derecho a no permitirle el acceso total o parcial a su PHI por determinadas razones. Por ejemplo, si la divulgación de la información pudiera ocasionarle un daño a usted o a otras personas. O, si la información fue recolectada o creada a los efectos de la investigación o de un procedimiento civil o penal. Le notificaremos la razón por escrito. También le daremos información acerca de cómo presentar una apelación en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión.

DERECHO DE ENMIENDA

Usted tiene derecho a solicitar que se modifique la información en su historia clínica si considera que ésta no es correcta.

Para solicitar un cambio, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle un formulario que debe completar. También puede llamar a Servicios del Afiliado para solicitar un formulario. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta Notificación.

- Indique la razón por la que solicita un cambio.
- Si el cambio que solicita es en su historia clínica, póngase en contacto con el médico que la redactó. El médico le indicará qué debe hacer para modificar la historia clínica.

Responderemos a su solicitud dentro de los 30 días de recibirla. Es posible que solicitemos 30 días de calendario adicionales para procesar su solicitud, de ser necesario. Le notificaremos si necesitamos de tiempo adicional.

Podemos denegar la solicitud de cambio. Le enviaremos por escrito la razón de tal denegación si:

- La información no fue creada o ingresada por AMERIGROUP Community Care.
- La información no es almacenada por AMERIGROUP Community Care.
- Usted tiene prohibido por ley el acceso y copia de dicha información.
- La información ya es correcta y completa.

DERECHO A UN INFORME DE CIERTAS DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Usted tiene el derecho a pedir un informe de ciertas divulgaciones de su PHI. Esta es una lista de las veces que compartimos su información y que no forman parte de pago y operaciones de cuidados de la salud.

La mayoría de las divulgaciones de su PHI por parte de nuestros socios comerciales o por nosotros mismos será a los efectos de realizar operaciones de pagos o de atención médica.

Para solicitar una lista de divulgaciones, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta Notificación. En su solicitud, debe indicar un período de tiempo del que desea información. El período de tiempo no puede superar los 6 años y no puede incluir las fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

DERECHO DE SOLICITAR RESTRICCIONES

Usted tiene derecho a solicitar que no se utilice o divulgue su PHI. No tiene derecho a solicitar los límites cuando compartimos su PHI por exigencia de una autoridad de cumplimiento de la ley, oficiales de los tribunales, o agencias estatales o federales en el cumplimiento de la ley. Nos reservamos el derecho de denegar una solicitud de restricción de su PHI.

Para solicitar un límite en el uso de su PHI, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta Notificación. La solicitud debe incluir:

- La información que desea limitar y el motivo por el que desea restringir el acceso.
- Si desea limitar la utilización o la divulgación de la información, o ambas cosas.
- La persona o las personas a las que deben aplicarse los límites.

Consideraremos su solicitud y determinaremos si aceptamos o denegamos la solicitud dentro de los 30 días. En caso de denegarla, le enviaremos una carta explicándole la razón.

DERECHO DE CANCELAR UNA AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Debemos contar con su autorización escrita (permiso) para utilizar o divulgar su PHI por cualquier motivo ajeno a las operaciones de pagos y atención médica, u otros usos y divulgaciones descritos en Otros usos e Información médica protegida. Si necesitamos su autorización, le enviaremos un formulario de autorización que explique el uso de dicha información.

Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento, siguiendo las instrucciones que se presentan a continuación.

Envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta Notificación. Esta cancelación sólo se aplicará a las solicitudes para divulgar y utilizar la información solicitada después de recibida su Notificación.

DERECHO DE SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Usted tiene derecho a solicitar que las comunicaciones con motivo de su PHI se realicen de un modo determinado o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos la correspondencia a un lugar diferente de la dirección personal.

Las solicitudes de modificación del modo en que nos comunicamos con usted se deben presentar por escrito ante la Unidad de Privacidad del Afiliado de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta Notificación. En su solicitud, debe indicar el modo y el momento en que desea que nos pongamos en contacto con usted.

¿QUÉ HACER PARA PRESENTAR UNA QUEJA RESPECTO DEL MODO EN QUE AMERIGROUP COMMUNITY CARE U OTROS SOCIOS COMERCIALES NUESTROS MANEJAN LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

Si usted considera que se han infringido sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja ante AMERIGROUP Community Care o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services).

Para presentar una queja ante AMERIGROUP Community Care o apelar una decisión acerca de su PHI, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Afiliado de AMERIGROUP Community Care o comuníquese con Servicios del Afiliado. La dirección y el número de teléfono figuran al final de esta Notificación.

Para presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos, envíe su solicitud por escrito a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70
Atlanta, GA 30323

No perderá su afiliación a AMERIGROUP Community Care ni los beneficios de atención médica si presenta una queja. Incluso si presenta una queja, seguirá gozando de la cobertura de atención médica de AMERIGROUP Community Care mientras esté afiliado.

¿DÓNDE DEBE LLAMAR O ENVIAR LAS SOLICITUDES O CONSULTAS ACERCA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

Puede llamar a nuestro número gratuito: 1-800-600-4441.

O puede enviarnos sus preguntas o consultas, como los ejemplos enumerados en esta Notificación, a la siguiente dirección:

AMERIGROUP Community Care
Attn: Member Privacy Unit
4425 Corporation Lane
Virginia Beach, Virginia 23462

Envíe su solicitud a esta dirección de modo que podamos procesarla oportunamente. Las solicitudes que se envíen a otras personas, oficinas o direcciones que no sean las aquí indicadas podrán ser demoradas.

Si tiene problemas auditivos, puede comunicarse con el Servicio gratuito de Retransmisión de AT&T al 1-800-855-2880.