



Notice
Of Privacy
Practices

Aviso De
Normas
Sobre La
Vida Privada

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.
- **TO PREVENT DELAYS IN TREATMENT** – We may share your PHI to prevent delays in treatment. For example, if you switch health plans, we may share your PHI with your new health plan if we feel it is needed to avoid delays in your treatment.
- **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:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street - Suite 4-100
San Francisco, California 94103

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
P.O. Box 62509
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 PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

ESTA NOTIFICACIÓN ESTÁ EN VIGENCIA DESDE EL 14 DE ABRIL DE 2003.

¿DE QUÉ SE TRATA ESTA NOTIFICACIÓN?

Esta Notificación le informa:

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

Esta Notificación cumple con lo que se conoce como “Reglamentos de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)”. Estos reglamentos fueron establecidas por el gobierno federal. El gobierno federal exige que las compañías como AMERIGROUP cumplan con los términos de sus reglamentos y de esta Notificación.

Esta Notificación también está disponible en el sitio Web de AMERIGROUP en www.amerigroupcorp.com.

NOTA: Es posible que también reciba una Notificación de Prácticas de Privacidad del Estado y de otras organizaciones.

¿QUÉ ES LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

Información médica protegida (Protected health information, PHI) — Los Reglamentos de Privacidad de la HIPAA definen la información médica protegida como:

- Información que le identifica o puede servir para identificarle.
- Información que usted ha suministrado o que ha creado o recibido de un proveedor de atención médica, un plan de salud, su empleador o un centro informativo de atención médica.
- Información relacionada con su salud o estado físico o mental, la provisión de atención médica a usted o el pago por recibir atención médica.

En esta Notificación, se hará referencia a la “información médica protegida” como PHI.

¿CUÁLES SON LAS RESPONSABILIDADES DE AMERIGROUP PARA CON USTED SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

Su PHI y la de su familia es personal. Contamos con reglas destinadas a conservar la privacidad de esta información. Estas reglas están diseñadas para cumplir con los requisitos estatales y federales.

AMERIGROUP deberá:

- 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 con los Reglamentos de Privacidad de la HIPAA ni sean más estrictas que dichos reglamentos.

No utilizaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización, excepto como se describe en esta Notificación.

¿CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

Las secciones a continuación le informan sobre formas en que podemos utilizar y compartir su PHI sin su autorización por escrito.

PARA PAGOS: Podemos utilizar su PHI para que los servicios por los tratamientos que obtenga sean considerados para su pago. Por ejemplo, una factura que su proveedor nos envía puede pagarse utilizando información que le identifique a usted, su diagnóstico, los procedimientos o los análisis y los suministros que se utilizaron.

PARA LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Podemos utilizar su PHI para las operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos utilizar la información de su registro para revisar la atención y los resultados en su caso y otros casos similares. Esta información será luego utilizada para mejorar la calidad y el éxito de la atención médica que se le brinda. Otro ejemplo de esto es el empleo de la información para ayudarlo en el proceso de su inscripción para obtener cobertura de atención médica.

Podemos utilizar su PHI a fin de ayudar a proporcionarle cobertura para tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, la información que obtengamos de un proveedor (personal de enfermería, médico u otro miembro de un equipo de atención médica) será registrada y utilizada para ayudar a decidir la cobertura para el tratamiento necesario. También podemos utilizar o compartir su PHI para:

- Enviarle información acerca de uno de nuestros programas de manejo de enfermedades o administración de casos.
- Enviarle tarjetas recordatorias que le notifiquen que debe fijar una cita u obtener servicios como los exámenes de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early, Periodic, Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) o los servicios de chequeo médico de salud infantil.
- Responder una solicitud de servicio de cliente realizada por usted.
- Tomar decisiones acerca de las solicitudes de reclamos 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 usando su PHI. Los servicios que pueden proporcionar nuestros socios comerciales incluyen servicios odontológicos para los miembros, un servicio de copia que haga copias de sus registros, y distribuidores de software informático. Utilizarán su PHI para realizar el trabajo que hemos solicitado. 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 dar a conocer su PHI a un miembro de su familia, pariente, amigo cercano u otro representante personal que usted designe. Esto dependerá de la medida en que la persona esté involucrada en su atención o en el pago relacionado con ella. Podemos compartir su información con padres o tutores, si así lo permite la ley.
- **CUMPLIMIENTO DE LA LEY:** Es posible que debamos compartir la PHI si así lo requiere una autoridad de cumplimiento de la ley. Compartiremos su PHI según lo exija la ley o en respuesta a citaciones judiciales, solicitudes de presentación de pruebas y otras órdenes judiciales o legales.

- **OTRAS ENTIDADES CUBIERTAS:** Podemos usar o compartir su PHI para ayudar a los proveedores de atención médica relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de la atención médica. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con un proveedor de atención médica para que pueda brindarle tratamiento.
- **ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA:** Es posible que usemos o compartamos su PHI a efectos de realizar actividades de salud pública permitidas o exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos usar o compartir información para ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos compartir su información con una autoridad de salud pública autorizada para obtener informes de abuso infantil, abandono o violencia doméstica.
- **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD:** Podemos compartir su PHI con una agencia de supervisión de la salud para las actividades aprobadas por ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, otorgamiento de licencias o medidas disciplinarias; o acciones o procedimientos civiles, administrativos o penales. Las agencias de supervisión incluyen a organismos gubernamentales que cuidan el sistema de atención médica; programas de beneficios, incluidos Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil Estatal (State Children's Health Insurance Program, SCHIP) o Healthy Kids; y otros programas de reglamentos gubernamentales.
- **INVESTIGACIÓN:** Podemos compartir su PHI con investigadores en los casos en los que un consejo de revisión institucional o un consejo de privacidad hayan cumplido con los requisitos relativos a la información de la HIPAA.
- **FORENSES, EXAMINADORES MÉDICOS, DIRECTORES DE FUNERARIAS Y DONACIÓN DE ÓRGANOS:** Es posible que compartamos 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 forense o un examinador médico según lo permita la ley. También podemos compartir información con directores funerarios, según lo permita la ley. También podemos compartir su PHI con organizaciones que manejan donaciones y trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
- **PARA IMPEDIR UNA SERIA AMENAZA A LA SALUD O A LA SEGURIDAD:** Podemos compartir 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.

- **EVITAR RETRASOS EN EL TRATAMIENTO:** Podemos compartir su PHI para evitar retrasos en el tratamiento. Por ejemplo, si cambia de plan de salud, podemos compartir su PHI con su nuevo plan de salud si creemos que es necesario para evitar retrasos en su tratamiento.
- **ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL:** En determinadas circunstancias, es posible que compartamos su PHI si usted es parte de las Fuerzas Armadas, o si lo fue en el pasado. Esto puede suceder para actividades que los mandos militares pertinentes consideren necesarias.
- **DIVULGACIONES A LA SECRETARÍA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE. UU.:** Se nos exige que compartamos su PHI con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE.UU. Esto sucede cuando la Secretaría analiza o decide si cumplimos con los Reglamentos de Privacidad de la HIPAA.

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

Deseamos que conozca sus derechos sobre su PHI y la PHI de sus familiares de AMERIGROUP.

DERECHO A OBTENER LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE AMERIGROUP

Se nos exige enviar a cada “persona a cargo del caso” o “persona a cargo del hogar” de AMERIGROUP una copia impresa de esta notificación a más tardar el 14 de abril de 2003. Después de ello, cada “persona a cargo del caso” o “persona a cargo del hogar” obtendrá una copia impresa de la Notificación en el Paquete de bienvenida al nuevo miembro.

Tenemos derecho a cambiar esta Notificación. Una vez que se realice el cambio, se aplicará a la PHI que tengamos en el momento en que realicemos el cambio y a la PHI que teníamos antes de realizar el cambio. Le enviaremos por correo a la dirección que tengamos registrada de usted una nueva Notificación que incluya las modificaciones y las fechas en que entrarán en vigencia. Las modificaciones en nuestra Notificación también estarán incluidas en nuestro sitio Web. Puede solicitar una copia impresa de la Notificación de prácticas de privacidad en cualquier momento. Llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. Si tiene problemas del oído y desea

hablar con Servicios al Miembro, llame a la línea gratuita a través del Servicio de Retransmisión de AT&T al 1-800-855-2884.

DERECHO A SOLICITAR UN REPRESENTANTE PERSONAL

Tiene derecho a solicitar un representante personal para que actúe en su nombre y AMERIGROUP tratará a esa persona como si fuera usted.

A menos que usted aplique restricciones, su representante personal tendrá pleno acceso a todos sus registros de AMERIGROUP. Si desea que alguien actúe como su representante personal, AMERIGROUP exige que se lo solicite por escrito. Debe completar y enviar por correo un formulario de designación de representante personal a la Unidad de Privacidad de Miembros de AMERIGROUP. Para solicitar un formulario de designación de representante personal, comuníquese con Servicios al Miembro. Le enviaremos un formulario para que lo complete. La dirección y el número de teléfono se encuentran al final de esta Notificación.

DERECHO DE ACCESO

Tiene derecho a revisar y obtener una copia de la información sobre su inscripción, reclamos, pagos y administración de casos que obre en poder de AMERIGROUP. Este archivo de información se denomina conjunto de registros designados. Le proporcionaremos la primera copia en cualquier período de 12 meses en forma gratuita.

Si desea una copia de su PHI, debe enviar una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad de Miembros de AMERIGROUP. La dirección se encuentra al final de esta Notificación. Responderemos su solicitud por escrito dentro de un plazo de 30 días calendario. Podemos solicitar 30 días calendario adicionales para procesar su solicitud si fuera necesario. Le haremos saber si necesitamos más tiempo.

- No conservamos copias completas de sus registros médicos. Si desea una copia de su registro médico, comuníquese con su médico u otro proveedor. Siga las instrucciones del médico o el proveedor para obtener una copia. Su médico u otro proveedor pueden cobrar un cargo por el costo de la copia y/o el envío por correo del registro.
- Tenemos derecho a evitar que tenga o vea toda o una parte de su PHI por diversas razones. Por ejemplo, si la divulgación de la información puede causarle daños a usted u otras personas. O bien, si la información se recopiló o creó para investigación o como parte de un proceso civil o

penal. Le comunicaremos el motivo por escrito. También le daremos información acerca de cómo presentar una apelación en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión.

DERECHO A ENMENDAR

Tiene derecho a solicitar que se modifique la información de su historia clínica si considera que no es correcta.

Para solicitar un cambio, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad de Miembros de AMERIGROUP. Le enviaremos un formulario para que lo complete. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar un formulario. La dirección y el número de teléfono se encuentran al final de esta Notificación.

- Indique el motivo por el que está solicitando un cambio.
- Si solicita un cambio en su registro médico, comuníquese con el médico que redactó el registro. El médico le dirá los pasos que debe seguir para modificar el registro médico.

Le responderemos a su solicitud dentro de un período de 30 días desde el momento de su recepción. Podemos solicitar 30 días adicionales para procesar su solicitud si fuera necesario. Le haremos saber si necesitamos más tiempo.

Podemos rechazar la solicitud de cambios. Le comunicaremos el motivo del rechazo por escrito si:

- La información no fue creada ni ingresada por AMERIGROUP.
- La información no es almacenada por AMERIGROUP.
- Usted tiene prohibido por ley ver y copiar dicha información.
- La información ya es correcta y completa.

DERECHO A RECIBIR UNA JUSTIFICACIÓN POR DETERMINADAS DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Tiene derecho a obtener una justificación por determinadas divulgaciones de su PHI. Se trata de una lista de las veces que compartimos su información cuando esta no formaba parte de operaciones de pago y de atención médica.

La mayoría de las divulgaciones de su PHI que realizamos nosotros o nuestros socios comerciales estarán relacionadas con operaciones de pago o de atención médica.

Para solicitar una lista de las divulgaciones, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad de Miembros de AMERIGROUP. Le enviaremos un formulario para que lo complete. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número de teléfono se encuentran al final de esta Notificación. Su solicitud debe indicar sobre qué período desea recibir información. El período no puede ser mayor de 6 años, y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES

Tiene derecho a solicitar que su PHI no sea utilizada ni compartida. No tiene derecho a solicitar que se limite la divulgación de su PHI si dicha divulgación es exigida por oficiales encargados del cumplimiento de la ley, funcionarios judiciales o agencias estatales y federales para cumplir la ley. Tenemos derecho a rechazar una solicitud de restricción de su PHI.

Para solicitar un límite en el uso de su PHI, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad de Miembros de AMERIGROUP. Le enviaremos un formulario para que lo complete. Puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener una copia del formulario. La dirección y el número de teléfono se encuentran 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.

Analizaremos su solicitud y decidiremos si se permitirá o rechazará la solicitud dentro de un período de 30 días. Si rechazamos la solicitud, le enviaremos una carta y le comunicaremos el motivo.

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

Debemos tener su permiso por escrito (autorización) para usar o divulgar su PHI por cualquier motivo que difiera de las operaciones de pago y de atención médica, u otros usos y divulgaciones indicados en la sección “Otros usos de la información médica protegida”. Si necesitamos su autorización, le enviaremos un formulario de autorización en el que se explicará el uso de esa información.

Puede cancelar su autorización en cualquier momento siguiendo las instrucciones a continuación.

Envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de AMERIGROUP. Le enviaremos un formulario para que lo complete. Puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener una copia del formulario. La dirección y el número de teléfono se encuentran al final de esta Notificación. Esta cancelación solamente se aplicará a las solicitudes para usar y compartir información solicitadas después de recibir su Notificación.

DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos un correo a una dirección diferente de la dirección de su hogar.

Las solicitudes para modificar la forma en que nos comunicamos con usted deben ser enviadas por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de AMERIGROUP. Le enviaremos un formulario para que lo complete. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número de teléfono se encuentran al final de esta Notificación. Su solicitud debe manifestar la forma y el lugar en el que desea que nos comuniquemos con usted.

¿QUÉ DEBE HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE LA FORMA EN QUE AMERIGROUP O NUESTROS SOCIOS COMERCIALES MANEJAN SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante AMERIGROUP o la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar una queja ante AMERIGROUP o para apelar una decisión sobre su PHI, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de AMERIGROUP o llame a Servicios al Miembro. La dirección y el número de teléfono se encuentran al final de esta Notificación.

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

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street - Suite 4-100
San Francisco, California 94103

No perderá su membresía o beneficios de atención médica de AMERIGROUP si presenta una queja. Aunque presente una queja, seguirá contando con la cobertura de atención médica de AMERIGROUP mientras siga siendo miembro.

¿A QUIÉN DEBE LLAMAR O ENVIAR SOLICITUDES O PREGUNTAS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

Puede llamarnos a la línea gratuita al: 1-800-600-4441.

O bien, puede enviar preguntas o peticiones, como los ejemplos enumerados en esta Notificación, a la dirección que figura a continuación:

AMERIGROUP Community Care
Attn: Member Privacy Unit
P.O. Box 62509
Virginia Beach, Virginia 23462

Envíe su solicitud a esta dirección para que podamos procesarla en forma oportuna. Las solicitudes enviadas a personas, oficinas o direcciones diferentes de las enumeradas anteriormente pueden sufrir demoras.

Si tiene problemas del oído, puede llamarnos a la línea gratuita a través del Servicio de Retransmisión de AT&T al 1-800-855-2884.