

# Notice of Privacy Practices

---

# Notificación de Prácticas de Privacidad



**Amerigroup**  
**RealSolutions®**  
in healthcare

## **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**This Notice describes how medical information about you might 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 handles your protected health information
- How Amerigroup uses and gives out your protected health information
- Your rights about your protected health information
- Amerigroup responsibilities in protecting your protected health information

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

**Note:** You might also get a Notice of Privacy Practices from the state and other organizations.

### **What Is Protected Health Information?**

The HIPAA Privacy Rule define Protected Health Information (PHI) 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.

## **Amerigroup Responsibilities for Your Protected Health Information**

Your and your family's PHI is private. We have rules to keep it safe and private. These rules follow state and federal laws. Amerigroup must:

- Protect the privacy of the PHI we have or keep about you through:
  - Staff training
  - Secure computer systems and offices
  - Secure disposal of written material that includes PHI
  - Other technical methods
- 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 Rule

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

### **How Do We Use Your Protected Health Information?**

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

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

**FOR HEALTH-CARE OPERATIONS** – We might use PHI about you for health-care operations. For example, we might 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 might 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 might 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**

■ **BUSINESS ASSOCIATES** – We might contract with business associates that will provide services to Amerigroup using your PHI. Services our business associates might 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 might 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 might share information with parents or guardians, if allowed by law.

■ **LAW ENFORCEMENT** – We might 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 might use or share your PHI to help health-care providers that relate to health-care treatment, payment, or operations. For example, we might share your PHI with a health-care provider so that the provider can treat you.

■ **PUBLIC HEALTH ACTIVITIES** – We might use or share your PHI for public health activities allowed or required by law. For example, we might use or share information to help prevent or control

disease, injury, or disability. We also might share information with a public health authority allowed to get reports of child abuse, neglect, or domestic violence.

- **HEALTH OVERSIGHT ACTIVITIES** – We might 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 might 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 might share your PHI to identify a deceased person, determine a cause of death, or do other coroner or medical examiner duties allowed by law. We also might share information with funeral directors, as allowed by law. We might also share PHI with organizations that handle organ, eye, or tissue donation and transplants.
- **TO PREVENT A SERIOUS THREAT TO HEALTH OR SAFETY** – We might 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 might share your PHI if you are, or were, in the Armed Forces. This might happen for activities believed necessary by appropriate military command authorities.
- **DISCLOSURES TO THE SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES** – We are required to share your PHI with the Secretary of the Department of Health and Human Services. This happens when the Secretary looks into or decides if we are in compliance with the HIPAA Privacy Rule.

## **What Are Your Rights Regarding Your Protected Health Information?**

We want you to know your rights about your PHI and your Amerigroup family members' PHI.

### **Right to Get Amerigroup Notice of Privacy Practices**

We are required to send each Amerigroup 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 website. You might 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 deaf or hard of hearing 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 will treat that person as if the person were you.

Unless you apply restrictions, your personal representative will have full access to all of your Amerigroup records. If you would like someone to act as your personal representative, Amerigroup requires you to submit your request in writing. A personal representative form must be completed and mailed back to the Amerigroup 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. 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 the Amerigroup Member Privacy Unit. The address is at the end of this Notice. We will answer your written request in 30 calendar days. We might 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 or provider's instructions to get a copy. Your doctor or other provider can 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 Administrative Review 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 the Amerigroup 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 can ask for an extra 30 days to process your request if needed. We will let you know if we need the extra time.

We can 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
- The information is not kept by Amerigroup
- 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**

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 the Amerigroup 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 cannot be longer than 6 years and cannot 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 the Amerigroup 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**

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 the Amerigroup 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 cancellation request.

## **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 the Amerigroup 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 Is Handled by Amerigroup or Our Business Associates?**

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

To file a complaint with Amerigroup or to appeal a decision about your PHI, send a written request to the Amerigroup 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  
1301 Young St., Suite 1169  
Dallas, TX 75202

You will not lose your Amerigroup 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 as long as you are a member.

## **Where Should You Call or Send Requests or Questions About Your Protected Health Information?**

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:

Member Privacy Unit  
Amerigroup Community Care  
4425 Corporation Lane  
Virginia Beach, VA 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 deaf or hard of hearing, you may call the toll-free AT&T Relay Service at 1-800-855-2880.

## **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Esta Notificación describe cómo puede ser usada y divulgada su información médica y cómo puede acceder a esta información.

Revísela 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 sigue la Regla de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA). Estas reglas han sido emitidas por el gobierno federal. El gobierno federal le exige a empresas como Amerigroup que siga los términos de estas reglas y esta Notificación.

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

### **¿QUÉ ES INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

La Regla de Privacidad de la HIPAA definen Información Médica Protegida (PHI) como:

- Información que lo identifica a usted o que puede ser usada para identificarlo
- Información que provenga de usted o que haya sido creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, su empleador u otro centro de documentación de atención médica
- Información sobre su salud o condición mental o física, la forma en que se le provee atención médica o cómo se paga la atención médica que le proveen

En esta Notificación información médica protegida se escribirá como PHI.

## **OBLIGACIONES DE AMERIGROUP EN CUANTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA AMPARADA**

La Información Médica Amparada (PHI) de usted y su familia es privada. Tenemos reglas para mantenerla segura y privada. Esas reglas tienen el objetivo de coincidir con las reglas estatales y federales. Amerigroup debe:

- Proteger la privacidad de la PHI que tenemos o conservamos sobre usted por medio de:
  - Capacitación del personal
  - Oficinas y sistema de cómputo seguros
  - Eliminación segura de materiales escritos que incluyen PHI
  - Otros métodos técnicos
- Proporcionarle este Aviso acerca de cómo obtenemos y conservamos la PHI sobre usted
- Observar los términos de este Aviso
- Observar las leyes de privacidad estatales que no se contraponen con la Regla de Privacidad de la ley HIPAA ni son más estrictos que estos

No utilizaremos ni divulgaremos su PHI sin su consentimiento, salvo como se describe en este Notificación.

### **¿CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Las secciones que siguen informan sobre las formas en que podemos usar y compartir su PHI sin su autorización por escrito.

**PARA PAGO** – Es posible que usemos su PHI para que se puedan pagar los servicios de tratamientos que reciba. Por ejemplo, es posible que se pague una factura que nos envíe su proveedor usando información que lo identifique a usted, su diagnóstico, los procedimientos o análisis y los suministros que fueron usados.

**PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA** – Es posible que usemos su PHI para operaciones de atención médica. Podemos usar la información de su registro para revisar la atención y los resultados

en su caso y otros casos similares. Luego esta información será usada para mejorar la calidad y el éxito de la atención médica que reciba. Otro ejemplo de esto es usar la información para ayudarlo a afiliarse a un plan de cobertura de atención médica.

Podemos usar su PHI para ayudarlo a obtener cobertura para tratamientos o servicios médicos. Por ejemplo, la información que obtengamos de un proveedor (enfermero, médico u otro miembro de un equipo de atención médica) será registrada y usada para ayudar a decidir la cobertura para el tratamiento que necesita. También podemos usar o compartir su PHI para:

- Enviarle información sobre uno de nuestros programas de manejo de enfermedades o de casos
- Enviar tarjetas para recordarle que es hora de que haga una cita o reciba servicios como EPSDT o Child Health Checkup
- Responder una solicitud de servicio al cliente realizada por usted
- Tomar decisiones sobre solicitudes de reclamos y apelaciones para los servicios que recibió
- Evaluar cualquier caso de fraude o abuso y asegurar el cumplimiento de las reglas

■ **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOCIOS COMERCIALES** – Podemos celebrar contratos con socios comerciales que proveerán servicios a Amerigroup usando su PHI. Los servicios que nuestros socios comerciales pueden proveer incluyen servicios dentales para miembros, un servicio de fotocopiado que haga copias de su registro y proveedores de software de computadoras. Usarán su PHI para realizar el trabajo que les hemos solicitado. El socio comercial debe firmar un contrato en que acepte proteger la privacidad de su PHI.

■ **PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN O EN EL PAGO DE SU ATENCIÓN** – Es posible que compartamos su PHI con un miembro de la familia, otro pariente, un amigo cercano u otro representante personal que usted escoja. Esto dependerá de la forma en que la persona esté involucrada en su atención o el pago relacionado con su atención. Podemos compartir su información con padres o tutores, si así lo permite la ley.

■ **CUMPLIMIENTO DE LA LEY** – Podemos compartir su PHI si así lo solicitan autoridades de cumplimiento de la ley. Compartiremos su PHI en los casos que lo exija la ley o como respuesta a citaciones, pedidos de presentación de pruebas y otras órdenes legales o de la corte.

■ **OTRAS ENTIDADES CUBIERTAS** – Podemos usar o compartir su PHI para ayudar a los proveedores de atención médica relacionados con el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con un proveedor de atención médica de modo que pueda tratarlo.

■ **ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA** – Podemos usar o compartir su PHI para actividades de salud pública permitidas o exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos utilizar o compartir información para ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos compartir información con una autoridad de salud pública autorizada para obtener informes de abuso de menores, abandono de menores o violencia doméstica.

■ **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN MÉDICA** – Podemos compartir su PHI con una agencia de supervisión médica para realizar actividades aprobadas por la ley, tales como auditorias, investigaciones, inspecciones, actividades de concesión de licencias o disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales. Las agencias de supervisión incluyen agencias gubernamentales que se ocupan del sistema de atención médica, programas de beneficios incluyendo Medicaid, CHIP o Healthy Kids y otros programas de regulación gubernamental.

■ **INVESTIGACIÓN** – Podemos compartir su PHI con investigadores en los casos en que una junta revisora institucional o una junta de privacidad hayan cumplido con los requisitos de información de la HIPAA.

■ **MÉDICOS FORENSES, EXAMINADORES MÉDICOS, DIRECTORES DE FUNERARIAS Y DONACIÓN DE ÓRGANOS** – Podemos compartir su PHI para identificar una persona fallecida, determinar la causa de una muerte o realizar otros deberes de los médicos forenses o examinadores médicos permitidos por la ley. También podemos compartir información con directores de funerarias, según lo

permite la ley. Además, podemos compartir PHI con organizaciones que manejan la donación y el trasplante de órganos, córneas o tejidos.

■ **PARA PREVENIR UNA AMENAZA SERIA A LA SALUD O SEGURIDAD –**

Podemos compartir su PHI si estimamos que es necesario para prevenir o reducir una amenaza seria y probable a la salud o seguridad de una persona o del público.

■ **ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL –** En determinadas condiciones, podemos compartir su PHI si usted está o estuvo en las Fuerzas Armadas. Tal puede ser el caso de actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas.

■ **DIVULGACIONES AL SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS –** Debemos compartir su PHI con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Esto sucede cuando el Secretario evalúa o decide si estamos cumpliendo la Regla de Privacidad de la HIPAA.

**¿CUÁLES SON SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Deseamos que conozca cuáles son sus derechos sobre su PHI y de la PHI de los demás integrantes de su familia miembros de Amerigroup.

**DERECHO A RECIBIR LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE AMERIGROUP**

Después de esa fecha, cada jefe de caso o cabeza de familia recibirá una copia impresa de la Notificación en el paquete de Bienvenida al Nuevo Miembro.

Tenemos derecho a cambiar esta Notificación. Una vez que esto suceda, se aplicará a la PHI que tengamos al momento en que se haga 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 a la línea gratuita de Servicios al

Miembro al 1-800-600-4441. Si es sordo o si tiene problemas auditivos y desea hablar con Servicios al Miembro, llame a la línea gratuita del Servicio de Retransmisión de AT&T al 1-800-855-2884.

**DERECHO A SOLICITAR UN REPRESENTANTE PERSONAL**

Usted tiene derecho a solicitar un representante personal para que actúe en su nombre y Amerigroup 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. Si desea designar un representante personal, debe enviar a Amerigroup su solicitud por escrito. Deberá completar un formulario de representante personal y enviarlo por correo a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Para solicitar un formulario de representante personal, comuníquese con Servicios al Miembro. Le enviaremos un formulario que debe completar. La dirección y el número telefónico están 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 manejo de casos que esté en los archivos de Amerigroup. Este archivo de información se denomina conjunto de registros designados. Le suministraremos la primera copia gratis en cualquier periodo de 12 meses.

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

■ No mantenemos copias completas de sus registros médicos. Para obtener una copia de su registro médico, póngase en contacto con su médico u otro proveedor y siga las instrucciones del médico o proveedor para obtener una copia y puede haber un cargo por el costo de copiar y/o enviar por correo el registro.

- 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 podría ocasionarle un daño a usted o a otras personas; si la información fue recolectada o creada para una investigación o como parte de un procedimiento civil o penal. Le notificaremos la razón por escrito. También le daremos información sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

## **DERECHO DE ENMIENDA**

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

Para solicitar un cambio, envíe su solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar un formulario. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación. Díganos:

- El motivo por el que solicita un cambio
- Si el cambio que solicita es en su registro médico, póngase en contacto con el médico que lo redactó; el médico le indicará qué debe hacer para modificar el registro médico

Responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días después de recibirla. Es posible que solicitemos 30 días adicionales para procesar su solicitud, de ser necesario. Le informaremos si necesitamos el 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
- La información no es guardada por Amerigroup
- 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**

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones

de su PHI. Este informe es una lista de las veces que compartimos su información para fines ajenos a las operaciones de pago y de atención médica.

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

Para solicitar una lista de divulgaciones, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están 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 seis años y no puede incluir las fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

## **DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES**

Usted tiene derecho a solicitar que no se utilice o comparta su PHI. No tiene derecho a solicitar límites cuando compartimos su PHI por exigencia de una autoridad de cumplimiento de la ley, oficiales de la corte, o agencias estatales y 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 una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están 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 aceptamos o denegamos la solicitud en un plazo de 30 días. En caso de denegarla, le enviaremos una carta explicándole la razón.

### **DERECHO A CANCELAR UNA AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Debemos tener su permiso por escrito (autorización) para usar 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 de la 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 Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación. Esta cancelación sólo se aplicará a las solicitudes para usar y compartir la información solicitada después de recibida su solicitud de cancelación.

### **DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

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

Las solicitudes para cambiar la forma en que nos comunicamos con usted se deben presentar por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup. Podemos enviarle un formulario que debe completar. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al

final de esta Notificación. Su solicitud debe indicar el modo y el lugar en que desea que nos pongamos en contacto con usted.

### **¿QUÉ DEBE HACER SI TIENE QUE PRESENTAR UN RECLAMO SOBRE EL MODO EN QUE AMERIGROUP O NUESTROS SOCIOS COMERCIALES MANEJAN SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar un reclamo ante Amerigroup o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar una queja ante Amerigroup o apelar una decisión sobre su PHI, envíe una solicitud por escrito a la Unidad de Privacidad del Miembro de Amerigroup o comuníquese con Servicios al Miembro. La dirección y el número telefónico están al final de esta Notificación.

Para presentar un reclamo 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  
Atlanta Federal Center  
61 Forsyth Street SW, Suite 3B70  
Atlanta, GA 30303-8909

No perderá su afiliación a Amerigroup ni los beneficios de atención médica si presenta un reclamo. Incluso si presenta un reclamo, seguirá recibiendo cobertura de atención médica de Amerigroup mientras sea miembro.

### **¿DÓNDE DEBE LLAMAR O ENVIAR LAS SOLICITUDES O PREGUNTAS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?**

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

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

Member Privacy Unit  
Amerigroup Community Care  
4425 Corporation Lane  
Virginia Beach, VA 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 podrían ser retrasadas.

Si es sordo(a) o tiene problemas auditivos, puede llamar a la línea gratuita del Servicio de Retransmisión de AT&T al 1-800-855-2884.



**Amerigroup**  
**RealSolutions<sup>®</sup>**  
in healthcare