

Medicaid de Carolina del Norte

AVISO DE

NORMAS DE PRIVACIDAD

División de Asistencia Médica

Fecha de Vigencia Original: 14 de abril de 2003

Fecha de Vigencia Modificada: 2/1/2011

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO ATENTAMENTE.

(Se pueden solicitar copias al Responsable de la Privacidad de la DMA que se indica al final de este aviso.)

**SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD,
NUESTROS DEBERES**

Medicaid recopila y mantiene información de salud sobre usted, y por ley se le exige a Medicaid mantener la privacidad de la información de salud protegida y proporcionar a las personas un aviso de los deberes legales y las normas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Este *Aviso* describe cómo Medicaid puede usar y compartir su información de salud, y explica los derechos de privacidad que usted tiene. Medicaid debe cumplir los términos del aviso que está en vigencia actualmente. Sin embargo, nos reservamos el derecho a cambiar nuestras normas de privacidad y los términos de este *Aviso*, así como a crear nuevas disposiciones que rijan toda la información de salud que mantenemos. Se le enviará un aviso de la revisión que indicará la dirección de Internet donde podrá encontrar el nuevo *Aviso* e instrucciones para recibir una copia impresa. No cambiaremos nuestras normas de privacidad sin antes enviarle un aviso de la revisión, a menos que el cambio sea exigido por la ley.

Cuando usted recibió la aprobación para ser beneficiario de Medicaid, el Departamento de Servicios Sociales del Condado envió su información de salud a la División de Asistencia Médica (DMA, por sus siglas en inglés) para que Medicaid pudiera pagar su atención médica. Esta información incluía su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, número del seguro social, número de Medicare (si corresponde) e información sobre la póliza de seguro de salud. También puede haber incluido información sobre su estado de salud. Cuando sus proveedores de atención de la salud envían reclamos a Medicaid para recibir un pago, los reclamos incluyen los diagnósticos, el tratamiento médico y los suministros que usted recibió. Para ciertos tratamientos médicos, su proveedor de atención de la salud debe enviar información médica adicional como declaraciones del médico, radiografías o resultados de análisis de laboratorio.

Si en cualquier momento usted tiene preguntas o inquietudes sobre la información contenida en este *Aviso* o sobre las normas de privacidad, los procedimientos o normas de nuestra agencia, puede comunicarse con el Responsable de la Privacidad de Medicaid (*Medicaid Privacy Official*). (Consulte “Información de Contacto” en la última página.)

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SIN AUTORIZACIÓN

Medicaid realiza algunas funciones a través de contratos con otras agencias como el Departamento de Servicios Sociales de su Condado y a través de contratistas privados que procesan los reclamos de sus proveedores de atención de la salud. Cuando se contratan servicios, Medicaid debe compartir información suficiente sobre usted con los contratistas privados para que éstos puedan cumplir la tarea que Medicaid les ha encomendado.

Para proteger más su información de salud, Medicaid sólo divulgará su información de salud después de asegurarse por escrito que sus contratistas o “socios comerciales” protegerán su información de la misma manera en que lo hace Medicaid. Éstos acordaron usar su información adecuadamente y tienen la obligación legal de hacerlo.

La División de Asistencia Médica puede usar o divulgar su información de salud para prestarle servicios de Medicaid a usted **PARA:**

Pago: Medicaid puede usar o divulgar su información de salud protegida para funciones de pago o relacionadas con el pago. **(EJEMPLO 1: Para que se pague el reclamo de su proveedor de atención de la salud, el contratista que procesa los reclamos de pago debe tener suficiente información de salud sobre usted para verificar y pagar los servicios que usted recibió. EJEMPLO 2: Para determinar si su tratamiento es médicamente necesario y está cubierto por Medicaid, podemos divulgar su información de salud a otros profesionales de atención de la salud.)**

Tratamiento: Para ayudar a coordinar su atención y tratamiento, también se puede divulgar información sobre su salud y los servicios que usted recibió a su médico. **(EJEMPLO: Medicaid puede proporcionar a los médicos una lista de los medicamentos que usted recibió para que puedan considerarlos cuando le receten medicamentos adicionales.)**

Operaciones de Atención de la Salud: Medicaid puede usar o divulgar su información de salud protegida para realizar diversas actividades comerciales que llamamos “operaciones de atención de la salud”. Estas operaciones aseguran que usted reciba atención de calidad, que el programa de Medicaid se administre eficazmente, que los cargos sean los que correspondan al servicio que usted recibió y que se pague oportunamente a sus proveedores de atención de la salud. **(EJEMPLO: Podemos contratar a una compañía privada para que revise la atención y los servicios que reciben nuestros clientes a fin de asegurarnos de que usted haya recibido atención de calidad de parte de un médico u otra agencia de servicios de salud.)** Otras “operaciones” que pueden requerir que se comparta su información de salud protegida incluyen funciones para:

- Revisar y evaluar la capacidad, los títulos académicos y el desempeño de los proveedores de atención de la salud que lo atienden;
- Mejorar la calidad de nuestra atención a través de procesos tales como la identificación de grupos de personas que tienen necesidades especiales;
- Ofrecer programas de capacitación para estudiantes, aprendices, profesionales y personal no profesional que les permita aplicar bajo supervisión las habilidades que aprendieron;
- Proporcionar información a agencias que otorgan certificación y licencias de manera que el personal pueda cumplir requisitos profesionales;
- Planificar las operaciones futuras de nuestra agencia;
- Profundizar las investigaciones realizadas por la administración cada vez que un integrante del personal de nuestra agencia presente una queja formal o se queje de un asunto en particular;
- Suministrar información a otros planes de salud y agencias federales para determinar si usted está inscrito como miembro o está cubierto por ellos;
- Participar en mediaciones, audiencias y apelaciones relacionadas con servicios de Medicaid;
- Cumplir con leyes o normas estatales o federales;
- Administrar el programa de Medicaid.

Otras Circunstancias: En estas circunstancias, la División de Asistencia Médica tiene permitido o se le exige usar o divulgar información de salud protegida sin su autorización por escrito.

- Cuando lo exija la ley;
- Para actividades de salud pública (p. ej., divulgamos información de salud a autoridades de salud pública para informar el brote de una enfermedad contagiosa);
- En relación con víctimas de abuso, abandono o violencia intrafamiliar;
- Para actividades de supervisión de la salud a cargo de otras agencias estatales o federales;
- Con fines relacionados con el cumplimiento de la ley a menos que esté prohibido por una ley estatal o federal;
- Para procedimientos administrativos y judiciales como órdenes judiciales para comparecer ante un

tribunal;

- En relación con la donación de órganos, córneas o tejidos;
- Para evitar una grave amenaza a la salud o seguridad de una persona o del público;
- En relación con actividades especializadas del gobierno como la seguridad nacional;
- Para asuntos relacionados con la Compensación del Seguro Obrero;
- Para cooperar con otras agencias del gobierno y organizaciones externas que realicen actividades de supervisión de la salud con los fines permitidos por la ley federal;
- Para cumplir con órdenes judiciales, citaciones judiciales, órdenes administrativas y juicios relacionados con la administración de Medicaid;
- Para brindar información con fines de investigación que cuenten con la aprobación de la Junta de Revisión Institucional según sea necesario.

Leyes Más Estrictas

Evaluaremos si su información de salud protegida está regida por leyes o normas más estrictas antes de usarla o divulgarla. Existen otras leyes y reglas más estrictas, como las normas federales de confidencialidad del abuso de sustancias, los estatutos de confidencialidad de Salud Mental de Carolina del Norte, las disposiciones de confidencialidad de Salud Pública de Carolina del Norte y estatutos estatales sobre el consentimiento de menores, *estados* rectores (p. ej., emancipación, estado civil, etc.) o *tipo de tratamiento* (aborto, enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción, etc.), que pueden incidir en la forma en que manejamos su información.

Comunicarnos con Usted

Para comunicarnos personalmente con usted a fin de mantenerlo informado, por ejemplo, recordatorios de citas, otras oportunidades de tratamiento cuando sea necesario o cuando estén disponibles a través de ciertos programas seleccionados de beneficios de agencias públicas.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Los clientes de Medicaid tienen ciertos derechos sobre su información de salud protegida. A menos que se indique lo contrario, comuníquese con el personal de la DMA o con el Responsable de la Privacidad de la DMA para tomar estas medidas.

USTED TIENE DERECHO A:

- **Recibir una copia de este Aviso:** Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso cuando lo solicite. También puede obtener una copia de este *Aviso* a través del sitio web de Medicaid <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/medicaid/rights.htm>. Haga clic en el enlace que se encuentra debajo de "Privacy" (Privacidad).
- **Solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que Medicaid se comunique con usted de cierta manera o a un cierto lugar, por ejemplo, que lo llamen al trabajo en lugar de a su casa.
- **Inspeccionar y copiar:** Usted tiene derecho a solicitar por escrito ver sus registros y obtener una copia dentro de los 30 días a un costo razonable. Existen algunas excepciones a este derecho, como las acciones judiciales inminentes. Si se deniega este derecho, se le notificará por escrito la razón de la denegación y su derecho a solicitar una revisión de la denegación.
- **Solicitar enmiendas:** Usted tiene derecho a solicitar por escrito que se corrijan partes de sus registros de Medicaid cuando usted considere que la información es incorrecta o está incompleta. Podemos denegar su solicitud si la información no fue creada por esta agencia o si creemos que la información es precisa. En tal caso, usted podrá presentar una declaración de disconformidad que se incluirá en cualquier divulgación futura si usted así lo solicita.
- **Un informe detallado de las divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar por escrito y a recibir una lista impresa de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida realizadas después del 14 de

abril de 2003. Las excepciones de esta lista incluyen aquellas divulgaciones relacionadas con tratamientos, pagos u otras operaciones de atención de la salud o divulgaciones permitidas por ciertas leyes, o divulgaciones autorizadas por usted.

- **Solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su información de salud protegida:** Usted tiene derecho a solicitar restricciones en la información que Medicaid usa o divulga sobre usted. Medicaid no está obligado a aceptar la restricción que usted solicite, pero evaluará su solicitud y la posibilidad de aplicarla.
- **Presentar una Queja:** Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con el Responsable de la Privacidad de la DMA (consulte la información de contacto a continuación) o con cualquiera de las agencias que se indican a continuación. Si presenta una queja, no tomaremos ninguna medida adversa en su contra, no cambiaremos su tratamiento ni le denegaremos tratamiento.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA QUE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN

- Medicaid no usará, comunicará ni divulgará su información de salud protegida sin su autorización a menos que esté permitido en las circunstancias mencionadas anteriormente. Los demás usos y divulgaciones se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Usted puede cancelar tal autorización mediante el envío de una notificación al Responsable de la Privacidad de nuestra agencia según lo dispuesto por el Código de Reglamentos Federales (CFR) 164.508(b)(5).
- Por lo general, una persona considerada su “representante personal” podrá autorizar divulgaciones en su nombre hasta que usted cumpla 18 años de edad. A partir de ese momento, usted debe autorizar a su representante personal para que maneje sus beneficios de salud en su nombre. Sin embargo, si usted dio su consentimiento a un tratamiento que incluye servicios relacionados con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de ciertas enfermedades, entre ellas: enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben informarse al Estado; embarazo; abuso de sustancias controladas o de alcohol; o trastornos emocionales, usted tal vez tenga derecho a autorizar la divulgación de su información de salud, aunque sea menor de edad.
- Obtener información de distritos escolares para pagar servicios relacionados con la salud. Al firmar la solicitud de Medicaid, usted brinda su autorización para que el distrito escolar que le(s) presta servicios cubiertos por Medicaid a usted o a sus hijos divulgue a Medicaid información de sus registros escolares o los de sus hijos a fin de que Medicaid pague por los servicios. La información que se divulgará cada vez que se efectúe un pago puede incluir su nombre y fecha de nacimiento, o los de sus hijos, y el tipo y la cantidad de servicios prestados. Su autorización es voluntaria y puede rescindirse en cualquier momento con sólo comunicarse con el distrito escolar. Si rescinde su autorización, el distrito escolar seguirá prestándole(s) servicios a usted o a sus hijos sin costo para usted.

DIRECCIONES PARA PRESENTAR QUEJAS

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte

Opera un servicio de información y referencia ubicado en la Oficina de Servicios al Ciudadano, conocido como **CARE-LINE**, que recibe y documenta las quejas e inquietudes referentes a las normas, las políticas y los procedimientos de privacidad relacionados con la protección de la información de salud individualmente identificable.

La información de contacto es la siguiente:

CARE-LINE Correo electrónico: care.line@dhhs.nc.gov

2012 Mail Service Center

Raleigh, NC 27699-2012

Teléfono de Voz: 1-800-662-7030 (Línea gratuita en inglés/español)

855-4400 (Área local de Raleigh, inglés/español)

TTY: 1-877-452-2514; (919) 733-4851 (Área local de Raleigh)

Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

También puede enviar una queja por escrito a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La información de contacto es la siguiente:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
Atlanta Federal Center, Suite 3B70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono de Voz (404) 562-7886 FAX (404) 562-7881
TDD (404) 331-2867

CONTACTO PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Medicaid Privacy Official
c/o DHHS CARE-LINE
Correo electrónico: care.line@dhhs.nc.gov
2012 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2012
Teléfono de Voz: 1-800-662-7030 (Línea gratuita en inglés/español)
855-4400 (Área local de Raleigh, inglés/español)
TTY: 1-877-452-2514; (919) 733-4851 (Área local de Raleigh)

Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su Condado para obtener una versión en español del "Aviso de Normas de Privacidad". Usted también puede llamar a CARE-LINE al 1-800-662-7030 para obtener ayuda en español.