

**CNS Paragraph Form**

Date: 05.08.2014

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	E0029	
Version Number	00003	
Effective Date	2014	
Title	HIPAA Privacy Notice (openings)	
Reason Code		

**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.**

**The New York Medicaid program must tell you how we use, share, and protect your health information. The New York Medicaid program includes regular Medicaid, Medicaid Managed Care, and Family Health Plus. The program is administered by the New York State Department of Health and the Local Departments of Social Services.**

**Your Health Information is Private.**

We are required to keep your information private, share your information only when we need to, and follow the privacy practices in this notice. We must make special efforts to protect the names of people who get HIV/AIDS or drug and alcohol services.

We are required to notify you should a breach of your information occur.

**What Health Information Does the New York Medicaid Program Have?**

When you applied for Medicaid or Family Health Plus, you may have provided us with information about your health. When your doctors, clinics, hospitals, Medicaid managed care plans and Medicaid Advantage and other health care providers send in claims for payment, we also get information about your health, treatments and medications.

If you enrolled in Child Health Plus, the New York Medicaid program does not have your health information. You should contact your Child Health Plus plan with questions about your health information.

**How Does the New York Medicaid Program Use and Share Your Health Information?**

We must share your health information when:

- *You or your representative requests your health information.*
- *Government agencies request the information as allowed by law such as audits.*
- *The law requires us to share your information.*

In your Medicaid application, you gave the New York Medicaid program the right to use and share your health information to pay for your health care and operate the program. For example, we use and share your information to:

- ***Pay your doctor, hospital, and/or other health care provider bills.***
- ***Make sure you receive quality health care and that all the rules and laws have been followed.***

We may review your health information to:

- ***Determine whether you received the correct medical procedure or health care equipment.***
- ***Contact you about important medical information or changes in your health benefits.***
- ***Make sure you are enrolled in the right health program.***
- ***Collect payment from other insurance companies.***
- ***Determine eligibility in Medicare Part D or other insurance program that might be more economical to you.***

We may also use and share your health information under limited circumstances to:

- ***Study health care.*** We may look at the health information of many consumers to find ways to provide better health care.
- ***Prevent or respond to serious health or safety problems for you or your community as allowed by federal and state law.***

We must have your written permission to use or share your health information for any purpose not mentioned in this notice.

### **What Are Your Rights?**

You or your representative have the right to:

- Get a paper copy of this notice.
- See or get a copy of your health information. If your request is denied, you have the right to review the denial.
- Ask to change your health information. We will look at all requests, but cannot change bills sent by your doctor, clinic, hospital or other health care provider.
- Ask to limit how we use and share your information. We will look at all requests, but do not have to agree to do what you ask.
- Ask us to contact you regarding your health information in different ways (for example, you can ask us to send your mail to a different address).
- Ask for special forms that you sign permitting us to share your health information with whomever you choose. You can take back your permission at any time, as long as the information has not already been shared.
- Get a list of those who received your health information. This list will not include health information requested by you or your representative, information used to

operate the New York Medicaid program or information given out for law enforcement purposes.

**See the New York State Department of Health web site for a copy of this notice:**  
[www.health.state.ny.us](http://www.health.state.ny.us)

1. For more privacy information, to make a request or to report a privacy problem/complaint\*, please contact the Medicaid Help Line Office at: (518) 486-9057 or 1-800-541-2831. TTY users should call 1-800-662-1220. The Help Line will direct your calls to the correct state and local department of social services office.
2. You may also report a complaint\* to: The Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services, Jacob Javits Federal Building, 26 Federal Plaza, Suite 3312, New York, New York 10278; (Telephone) (212) 264-3313 or 1-800-368-1019; (Fax) (212) 264-3039; or (TDD) (212) 264-2355.

*\*You will not be penalized for filing a complaint.*

**If we change the information in this notice, we will send you a new notice and post a new notice on the New York State Department of Health web site.**

~\S

**ESTA CARTA DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL Y COMO USTED PUEDE OBTENER ESA MISMA INFORMACION. LEALA ATENTAMENTE.**

**El programa de salud Medicaid del Estado de Nueva York debe informarle como utiliza, comparte y protege su informacion medica. Los siguientes seguros medicos forman parte del programa de Medicaid del Estado de Nueva York: Medicaid regular, Programa de Cuidados Administrados de Medicaid y Family Health Plus. El programa es administrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y por los departamentos locales de servicios sociales.**

**Su informacion medica es confidencial.**

Es nuestra obligacion el mantener su informacion enteramente confidencial, compartirla solo cuando sea absolutamente necesario, y acatar las reglas de privacidad definidas en esta notificacion. Tambien, se toman medidas especiales para proteger la identidad de las personas que reciben servicios relacionados con el VIH / SIDA, o con el abuso de drogas o alcohol.

Estamos obligados a notificarle a usted si se produjera una violacion de su informacion.

**Que clase de informacion medica maneja el programa de Medicaid de Nueva York?**

Cuando usted solicito los servicios de Medicaid o Family Health Plus, pudo haber entregado informacion acerca de su salud. Cuando sus medicos, clinicas, hospitales,

planes de salud de Cuidados Administrados de Medicaid, Medicaid Advantage, y otros profesionales de servicios medicos envian cobros, tambien se recibe informacion sobre su salud, tratamientos y medicamentos recibidos.

Si usted esta inscrito en Child Health Plus, el programa de salud de Medicaid no tiene su informacion medica. Si tiene preguntas al respecto, comuniquese con el plan de salud Child Health Plus.

### **Como utiliza y comparte su informacion medica el programa Medicaid de Nueva York?**

Debemos compartir informacion medica en los siguientes casos:

- *Cuando usted o su representante lo solicite*
- *Cuando una agencia gubernamental lo solicita, segun lo estipulado por ley, como en el caso de las auditorias*
- *Cuando lo autoriza la ley.*

En su solicitud de Medicaid, usted le dio al programa de Medicaid de Nueva York el derecho a usar y compartir su informacion medica con objeto de pagar cuentas por su atencion medica y administracion del programa. Por ejemplo, se usa y comparte su informacion con los siguientes propositos:

- *Para pagarle a su medico, hospital, y/o pagar otras cuentas a profesionales de atencion medica.*
- *Para asegurarnos de que usted ha recibido un servicio medico de calidad y que todas las reglas y leyes han sido cumplidas.*

Examinaremos sus expedientes medicos con objeto de:

- *Determinar si recibio los procedimientos medicos correctos o el equipo adecuado.*
- *Comunicarnos con usted y darle informacion medica importante o informarle acerca de cambios en sus beneficios de salud.*
- *Asegurarnos de que usted esta inscrito en el programa de salud adecuado segun sus necesidades.*
- *Cobrar de otras companias de seguro.*
- *Determinar si reune los requisitos de Medicare Parte D, o de otro programa de seguro que quizas le sea mas economico.*

Ademas, se puede usar y compartir su informacion medica, en ciertas circunstancias tales como:

- *Estudios sobre servicios y atencion de salud:* se examina la informacion medica de muchos consumidores con miras de implementar mejoras en el sistema de salud.
- *Prevenir o responder a problemas serios de salud o de su integridad fisica y la del resto de la poblacion, tal y como lo estipulan las leyes federales y estatales.*

En todo otro caso, no mencionado en esta carta, se debera obtener su permiso por escrito con objeto de usar y compartir su informacion medica.

### **Cuales son sus derechos?**

Usted o su representante tiene derecho a:

- Recibir una copia en papel de esta notificacion.
- Ver o solicitar una copia de sus datos medicos. Si esa peticion es negada, tiene derecho a saber el porque de dicha negacion.
- Solicitar cambios en su informacion medica. Examinaremos toda solicitud de cambios, sin embargo, no se pueden modificar las facturas sometidas por su medico, clinica, hospital o profesional de servicios medicos.
- Solicitar limites en cuanto a como se usa y comparte su informacion medica. Examinaremos su peticion, sin embargo, no necesariamente estaremos de acuerdo con lo que usted solicita.
- Solicitar que nos comuniquemos con usted de diferentes maneras (por ejemplo, puede solicitar que enviemos su correspondencia a otra direccion).
- Solicitar un permiso especial, por medio del cual, con su firma, usted nos autoriza a revelar su informacion medica a la persona que usted elige. Puede anular ese permiso en cualquier momento, siempre y cuando la informacion no haya sido todavia revelada.
- Solicitar una lista de las personas que han recibido su informacion medica. La lista no incluire informacion medica solicitada por usted o su representante, informacion que haya sido utilizada con propositos de administrar el programa Medicaid de Nueva York, o informacion que haya sido divulgada en cumplimiento de la ley.

**Si desea una copia de esta notificacion, obtengala en la pagina de internet del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: [www.health.state.ny.us](http://www.health.state.ny.us)**

1. Si desea mas informacion sobre asuntos de privacidad, someter una solicitud o reportar un problema o queja\*, comuniquese con la Linea de Ayuda de Medicaid al: (518) 486-9057 o al 1-800-541-2831. Usuarios de sistema teletipo (TTY) pueden llamar al 1-800-662-1220. Le conectaremos con la oficina correspondiente de servicios sociales a nivel estatal o local.
2. Tambien, puede presentar una queja\* ante la siguiente oficina: *The Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services, Jacob Javits Federal Building, 26 Federal Plaza, Suite 3312, New York, NY 10278* (Telefono) (212) 264-3313 o 1-800-368-1019 (Fax) (212) 264-3039; usuarios de TDD llamen al: (212) 264-2355.

***\* No se le impondra una sancion por presentar una queja.***

**Si se modifica la informacion en la presente notificacion, se le enviara una nueva notificacion. La nueva notificacion tambien se publicara en la pagina web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.**