State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Services

California Department of Health Services

DIANA M. BONTÁ, R.N., Dr. P.H.
Director

GRAY DAVIS
Governor

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

FROM THE

PHYSICIAN SERVICES AND EMERGENCY MEDICAL SERVICES

CONTRACT BACK PROGRAMS

Effective April 14, 2003

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.

PRIVACY AND YOU

Your health information is personal and private. The Physician Services Contract Back Program (PSCB) and the Emergency Medical Services Appropriation (EMSA) Contract Back Program must keep your health information private. Your doctors and people that work with them send information to us when they ask us to approve and pay for your health care. PSCB/EMSA must give you this Notice of the law and your privacy rights and how we keep your health information private.

CHANGES TO NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

PSCB/EMSA must obey the rules of this Notice. We have the right to make a change in our privacy rules and use it with all PSCB/EMSA records. However, if we do make changes, we will rewrite this Notice and give it right away to persons whose health care is paid for through the PSCB/EMSA programs.

Información en español al reverso.

HOW WE MAY USE AND SHARE INFORMATION ABOUT YOU

- PSCB/EMSA must obey laws on how we use and share your information. Your name, address, personal facts, medical services given to you, and your medical history, are used or shared for reasons connected with the payment of medical bills through the PSCB/EMSA programs. For example, we will use your personal medical facts to check if your health services can be paid according to the program's rules.

- PSCB/EMSA programs may also give out your personal medical information for running and managing government health care, such as paying bills through the Accounting Unit or during an audit of the programs.

- PSCB/EMSA may be forced by law to share personal medical information, such as by a court order or for workers' compensation purposes.

WHEN WRITTEN PERMISSION IS NEEDED

PSCB/EMSA programs may use or share your information in limited ways. If we ever want to use your personal information for any reason not listed above, we will get your written permission.

WHAT ARE YOUR PRIVACY RIGHTS UNDER THE LAW?

- You have a right to ask us not to use or share your personal information in the ways described above. We may not be able to agree to your request in order to pay your medical provider for giving you medical care.

- You have the right to ask that we contact you only in writing or at a different address, post office box, or telephone number. We will accept reasonable requests when necessary to protect your safety.

- You have the right to look at and get a copy of information that PSCB/EMSA programs have about you. Someone who has the legal right to act for you (your personal representative) may also look at and get a copy of this information for you. We have information about your health care bills and some medical information that are used to approve services for you. You will be sent a form to fill out and will be charged a fee for the costs of copying and mailing records.

- You have the right to ask that information in your records be changed if it is wrong or not complete. We may refuse your request if the information is not made or kept by the PSCB/EMSA programs, or if it is already correct and complete. You may ask for a review of a refusal by us or send in a letter disagreeing with our decision.

- When the PSCB/EMSA programs share your health information for reasons other than paying bills or auditing, you have the right to ask for a list of whom we shared the information with, when, for what reasons, and what information was shared.

- You have a right to request a paper copy of this Notice of Privacy Practices. You can also find this Notice on our website at: www.dhs.ca.gov

******** IMPORTANT ********

PSCB/EMSA DOES NOT HAVE COMPLETE COPIES OF YOUR MEDICAL RECORDS, BUT ONLY INFORMATION THAT IS NEEDED TO PAY BILLS SENT BY YOUR PHYSICIANS OR THE PEOPLE THAT WORK WITH THEM. IF YOU WANT TO LOOK AT, GET A COPY OF, OR CHANGE YOUR MEDICAL RECORDS, PLEASE CONTACT YOUR DOCTOR.

HOW DO YOU CONTACT US TO USE YOUR RIGHTS?

If you want to use any of the privacy rights explained in this Notice, please call or write us at:

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 or (877) 735-2929 TTY/TDD

COMPLAINTS

If you believe that your privacy rights have been violated and wish to complain, you may file a complaint by calling or writing:

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 or (877) 735-2929 TTY/TDD

Or

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102
For additional information, call (800) 368-1019
or
U.S. Office for Civil Rights at (866) OCR-PRIV (866)-627-7748
or (866) 788-4989 TTY/TDD

NO RETALIATION

We may not refuse to pay your bills or retaliate in any way if you file a complaint or use any of the privacy rights in this Notice.

QUESTIONS

If you have any questions about this Notice and want more information, please contact the Privacy Officer, Department of Health Services, at the address and phone number on this page.

To get a copy of this notice in other languages, Braille, large print, audiocassette or on computer disk, please call or write the Privacy Officer at the number or address above.

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Services

California Department of Health Services

DIANA M. BONTÁ, R.N., Dr. P.H.
Director

GRAY DAVIS
Governor

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

DE LOS PROGRAMAS PSCB Y EMSA

Vigente a partir del 14 de abril de 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y HACERSE PÚBLICA SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE DETALLADAMENTE ESTA INFORMACIÓN.

USTED Y SU PRIVACIDAD

El programa PSCB de médicos contratados y el programa EMSA de asignaciones para servicios médicos de urgencia deben mantener su información médica confidencial. Los médicos y las personas que trabajan con ellos nos envían información sobre usted cuando nos piden que aprobemos y paguemos la asistencia médica que usted recibe. PSCB/EMSA tienen la obligación de darle a usted este Aviso legal, indicarle que su información médica es confidencial, e informarle de sus derechos.

CAMBIOS AL AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

PSCB/EMSA deben obedecer las normas indicadas en este Aviso. Tenemos el derecho de cambiar nuestras normas de privacidad y utilizarlas con todos los documentos del programa, pero si hacemos algún cambio, volveremos a escribir este Aviso, y enviaremos una copia inmediatamente a todas las personas que reciben asistencia médica a través de los programas PSCB/EMSA.

Turn over for information in English.

CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DISTRIBUIR SU INFORMACIÓN

- PSCB/EMSA deben obedecer las leyes sobre el uso y la distribución de la información personal. La información que tenemos sobre usted, como por ejemplo, su nombre, su dirección, datos personales, historial médico, y tratamientos que haya recibido, se utiliza y se distribuye principalmente por motivos relacionados con el pago de facturas a través de los programas PSCB/EMSA. Por ejemplo, utilizamos su información médica para comprobar si las leyes del programa permiten pagar la asistencia médica que usted recibe.

- Los programas PSCB/EMSA también pueden distribuir su información médica para manejar la asistencia de programas del gobierno, como por ejemplo, para pagar facturas o en los procesos de auditoría del programa.

- A veces, los programas PSCB/EMSA tienen que distribuir la información por orden legal, como por ejemplo en los casos de compensación al trabajador.

CUANDO SE NECESITA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Los programas PSCB/EMSA tienen limitaciones para utilizar o distribuir su información. Si deseamos utilizar su información personal por razones no indicadas anteriormente, necesitamos obtener su autorización por escrito.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS LEGALES DE PRIVACIDAD?

- Usted tiene derecho a pedir que no utilicemos o distribuyamos la información médica de su niño en los casos indicados anteriormente, pero puede que no podamos respetar sus deseos.

- Usted tiene derecho a pedir que sólo nos pongamos en contacto con usted por escrito, escribiendo a una dirección diferente, a un apartado de correos, o por teléfono. Aceptaremos cualquier solicitud razonable si es por razones de seguridad.

- Tiene derecho a ver y obtener una copia de la información que los programas PSCB/EMSA tienen sobre el niño. También pueden ver y obtener copias las personas legalmente autorizadas a actuar en su nombre (sus representantes legales). Estos programas tienen información sobre sus facturas médicas y sobre algunos datos sobre su salud, que utilizan para aprobar los servicios que usted nesita. Le enviaremos un formulario para que lo complete y tendrá que pagar una cantidad para que hagamos la copia y le enviemos los documentos.

- Usted tiene derecho a pedir que se cambie la información que tenemos sobre usted si cree que es incorrecta o incompleta. Podríamos negarnos a cumplir con su petición si la información no viene de nuestros programas o no la

mantenemos nosotros, o si ya está correcta y completa. Si se niega su petición, usted puede escribir una carta indicando que no está de acuerdo con nuestra decisión.

- Cuando los programas PSCB/EMSA utilizan su información médica por otros motivos que el pago de facturas o la auditoría, usted tiene derecho a pedir una lista de la información que hemos compartido, con quién. cuándo, y por qué motivo.

- Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de privacidad. También puede obtener una copia de este aviso en nuestra página de Web, en: www.dhs.ca.gov

******** IMPORTANTE ********

LOS PROGRAMAS PSCB/EMSA NO TIENEN COPIA COMPLETA DE TODOS SUS DOCUMENTOS MÉDICOS. SÓLO TIENEN INFORMACIÓN NECESARIA PARA PAGAR LAS FACTURAS QUE NOS ENVíAN POR SUS SERVICIOS. SI DESEA VER, OBTENER UNA COPIA O CAMBIAR SUS DOCUMENTOS MÉDICOS, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON SU MÉDICO.

¿CÓMO PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS PARA EJERCER SUS DERECHOS?

Si desea hacer uso de sus derechos de privacidad explicados en este Aviso, por favor, llámenos o escríbanos a:

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 ó (877) 735-2929 TTY/TDD

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y desea presentar una queja, puede llamar o escribir a:

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 ó (877) 735-2929 TTY/TDD

O

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102
Para más información, llamar al (800) 368-1019
o a la
U.S. Office for Civil Rights, al (866) OCR-PRIV (866)-627-7748
o al (866) 788-4989 TTY/TDD

SIN REPRESALIAS

No podemos negarnos a pagar sus facturas ni tomar represalias contra usted de ninguna manera, si usted presenta una queja o utiliza los derechos de privacidad presentados en este Aviso.

PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, o si desea más información, póngase en contacto con el Privacy Officer, California Department of Health Services, escribiendo o llamando a la dirección y al número indicados anteriormente.

Para obtener una copia de este aviso en otros idiomas, en Braille, en letra grande, en audiocassette o en disquete de computadora, por favor llame o escriba al Privacy Officer, al número y la dirección indicados anteriormente.