



STATE OF NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH

Corning Tower The Governor Nelson A. Rockefeller Empire State Plaza Albany, New York 12237

Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr. P.H.
Commissioner

Dennis P. Whalen
Executive Deputy Commissioner

INFORMATIONAL LETTER

TRANSMITTAL: 06 OMM/INF-3

TO: Commissioner of
Social Services

DIVISION: Office of Medicaid
Management

DATE: August 4 2006

SUBJECT: Notice of Privacy for Foster Care Children

SUGGESTED

DISTRIBUTION: Medicaid Staff
Services Staff
Legal Staff
Fair Hearing Staff
Staff Development

CONTACT PERSON: Jim Botta - (518) 473-4848
Division of Policy and Program Guidance

ATTACHMENTS: Notice of Privacy Practices (English and Spanish)

FILING REFERENCES

Previous ADMs/INfs	Releases Cancelled	Dept. Regs.	Soc. Serv. Law & Other Legal Ref.	Manual Ref.	Misc. Ref.
06 OMM/ADM-1					

Date: August 4, 2006

Trans. No. 06 OMM/INF-3

Page No. 2

The purpose of this Office of Medicaid Management/Informational Letter (OMM/INF) is to inform local departments of social services (LDSS) of the Notice of Privacy for foster care children in the Commissioner's custody.

Attached please find copies of the English and Spanish versions of the 2006 New York Medicaid "Notice of Privacy Practices" (NOPP). The notice describes how Medicaid recipients' medical information may be used and disclosed, and how recipients may access their medical information.

The federal Health Insurance Portability Accountability Act (HIPAA) Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information (Privacy Rule) mandates recipients receive a copy of the NOPP Notice every three years. The New York State Department of Health mailed the initial NOPP during April-May 2003 and is now in the process of completing the mailing of the 2006 version. The LDSS must share this information with foster children in the LDSS commissioner's custody and the foster care home and facilities in which they reside.

The Commissioner should provide a copy of the notice to foster care children, foster care homes and facilities.

If you have questions please contact:

James F. Botta
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
Division of Policy and Program Guidance
HIPPA Coordination Office
One Commerce Plaza - Room 720
Albany, New York 12210
(518) 473-2230

Brian J. Wing
Deputy Commissioner
Office of Medicaid Management

Privacy Notice

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, Family Health Plus, and Child Health Plus A. 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.

What Health Information Does the New York Medicaid Program Have?

When you applied for Medicaid, Family Health Plus, or Child Health Plus A, 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 B, the New York Medicaid program does not have your health information. You should contact your Child Health Plus B 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.*
- *To 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.

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.

Revised: February2006

Notificación de Privacidad

ESTA CARTA DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ESA MISMA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.

El programa de salud Medicaid del Estado de Nueva York debe informarle cómo utiliza, comparte y protege su información médica. Los siguientes seguros médicos forman parte del programa de Medicaid del Estado de Nueva York: Medicaid regular, Programa de Cuidados Administrados de Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus A. El programa es administrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y por los departamentos locales de servicios sociales.

Su información médica es confidencial.

Es nuestra obligación el mantener su información enteramente confidencial, compartirla sólo cuando sea absolutamente necesario, y acatar las reglas de privacidad definidas en esta notificación. También, 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.

¿Qué clase de información médica maneja el programa de Medicaid de Nueva York?

Cuando usted solicitó los servicios de Medicaid, Family Health Plus o Child Health Plus A, pudo haber entregado información acerca de su salud. Cuando sus médicos, clínicas, hospitales, planes de salud de Cuidados Administrados de Medicaid, Medicaid Advantage, y otros profesionales de servicios médicos envían cobros, también se recibe información sobre su salud, tratamientos y medicamentos recibidos.

Si usted está inscrito en Child Health Plus B, el programa de salud de Medicaid no tiene su información médica. Si tiene preguntas al respecto, comuníquese con el plan de salud Child Health Plus B.

¿Cómo utiliza y comparte su información médica el programa Medicaid de Nueva York?

Debemos compartir información médica en los siguientes casos:

- *Cuando usted o su representante lo solicitan*
- *Cuando una agencia gubernamental lo solicita, según lo estipulado por ley, como en el caso de las auditorías*
- *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 información médica con objeto de pagar cuentas por su atención médica y administración del programa. Por ejemplo, se usa y comparte su información con los siguientes propósitos:

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

Se podrá revisar su información médica:

- *Para determinar si recibió los procedimientos médicos correctos o para verificar que el equipo usado en su tratamiento haya sido el correcto.*
- *Para comunicarnos con usted y darle información médica importante o informarle acerca de cambios en sus beneficios de salud.*
- *Para estar seguros de que usted está inscrito en el programa de salud adecuado según sus necesidades.*
- *Para cobrar a otras compañías de seguro.*
- *Para determinar si reúne los requisitos de Medicare Parte D, o de otro programa de seguro que quizás sea más económico.*

Además, se puede usar y compartir su información médica, en ciertas circunstancias tales como:

- **Estudios sobre servicios y atención de salud: Se examina la información médica 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 física y la del resto de la población, tal y como lo estipulan las leyes federales y estatales.**

En todo otro caso, no mencionado en esta carta, se deberá obtener su permiso por escrito con objeto de usar y compartir su información médica.

¿Cuáles son sus derechos?

Usted o su representante tiene derecho a:

- Recibir una copia de esta notificación.
- Ver o recibir una copia de su información médica; y si esto es negado, tiene derecho a saber el porqué de dicha negación.
- Solicitar cambios en su información médica. Examinaremos toda solicitud de cambios, sin embargo, no se pueden modificar las cuentas sometidas por su médico, clínica, hospital o profesional de servicios médicos.
- Solicitar límites en cuanto a cómo se usa y comparte su información médica. Examinaremos su petición, 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 dirección).
- Solicitar un permiso especial, por medio del cual, con su firma, usted nos autoriza a revelar su información médica a la persona que usted elige. Puede anular este permiso en cualquier momento, siempre y cuando la información no haya sido todavía revelada.
- Solicitar una lista de las personas que han recibido su información médica. La lista no incluirá información médica solicitada por usted o su representante, información que haya sido utilizada con propósitos de administrar el programa Medicaid de Nueva York, o información que haya sido divulgada en cumplimiento de la ley.

Si desea una copia de esta notificación, obténgala en la página de internet del Departamento de Salud del Estado de Nueva York : www.health.state.ny.us.

1. **Si desea más información sobre asuntos de privacidad, someter una solicitud o reportar un problema o queja*, comuníquese con la Línea de Ayuda de Medicaid al: (518) 486-9057 o al 1-800-541-2831. Usuarios de sistema teletipo (TTY): 1-800-662-1220. Le conectaremos con la oficina correspondiente de servicios sociales a nivel estatal o local.**
2. También, 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.*
(Teléfono) (212) 264-3313 ó 1-800-368-1019 (Fax) (212) 264-3039; usuarios de TDD llamen al: (212) 264-2355.

*** No se le impondrá una sanción por presentar una queja.**

Si se modifica la información en la presente notificación, se le enviará una nueva notificación. La nueva notificación también se publicará en la página web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Actualizado: febrero 2006