



Aviso de prácticas de privacidad

Información importante sobre sus derechos y nuestras responsabilidades

Proteger su información personal de salud es importante. Cada año, tenemos la obligación de enviarle información específica sobre sus derechos y algunas de nuestras obligaciones para mantener su información segura. Este aviso comprende tres de estas comunicaciones anuales requeridas:

- Aviso estatal sobre prácticas de privacidad
- Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA)
- Beneficios de la cirugía de reconstrucción de mamas

¿Le gustaría no recibir más papeles y leer esto en línea o desde la aplicación móvil? Visite **www.healthsun.com** e inscríbese para recibir estos avisos por correo electrónico.

Aviso estatal sobre prácticas de privacidad

En lo que respecta al manejo de su información de salud, respetamos las leyes estatales pertinentes, que a veces son más estrictas que la ley federal de privacidad HIPAA. Este aviso:

- Explica sus derechos y nuestras obligaciones de conformidad con la ley estatal.
- Se aplica a los beneficios de salud, dentales, de la vista y de seguro de vida que pueda tener.

El estado puede otorgarle derechos adicionales respecto de limitar la divulgación de su información de salud. Para obtener más información, llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.

Su información personal

Su información personal (PI) no pública (privada) lo identifica y a menudo se recaba por una cuestión del seguro. Usted tiene derecho a ver y corregir su PI. Podemos recopilar, utilizar y compartir su PI como se describe en este aviso.

Nuestro objetivo es proteger su PI, ya que esta información se puede utilizar para emitir juicios sobre su salud, finanzas, carácter, hábitos, pasatiempos, reputación, empleo y crédito.

Podemos obtener PI sobre usted a través de terceros, como médicos, hospitales u otras compañías de seguros. También podemos compartir su PI con personas o entidades ajenas a nuestra compañía, incluso sin su aprobación, en algunos casos. Pero tomamos medidas razonables para proteger su información. Si una actividad nos exige darle la posibilidad de negarse, se lo informaremos y le indicaremos cómo puede avisarnos si no desea que se utilice o se comparta su PI para una actividad que le da la opción de negarse.

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA, DE LA VISTA Y DENTAL PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y DE QUÉ MANERA USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON SUS BENEFICIOS DE SALUD. LÉALO DETENIDAMENTE.

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

Mantenemos la privacidad de la información financiera y de salud de nuestros miembros actuales y anteriores, según lo requerido por ley, los estándares de acreditación y nuestras propias normas internas. Además, la ley federal nos exige que le proporcionemos este aviso para explicarle sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.

Su información de salud protegida

En algunos casos, podemos recopilar, utilizar y compartir su información de salud protegida (PHI), según esté permitido o requerido por ley, incluida la norma de privacidad de la HIPAA. Estos son algunos casos:

Pago

Recopilamos, utilizamos y compartimos la PHI para administrar su cuenta y sus beneficios, o para pagar las reclamaciones de cuidado médico que recibe a través del plan.

Operaciones de salud

Recopilamos, utilizamos y compartimos su PHI para llevar

a cabo nuestras operaciones de cuidado médico.

Actividades de tratamiento

No proporcionamos tratamiento, pero sí recopilamos, utilizamos y compartimos información sobre su tratamiento para ofrecerle servicios que puedan serle útiles, lo que incluye compartir información con terceros que le brindan tratamiento.

Ejemplos de cómo utilizamos su información

- Mantenemos registro de la información sobre sus pagos de primas y deducibles.
- Podemos darle información al consultorio médico para confirmar sus beneficios.
- Podemos compartir la *Explicación de Beneficios (EOB)* con el suscriptor de su plan a los efectos del pago.
- Podemos compartir la PHI con su médico u hospital, para que puedan brindarle tratamiento.
- Podemos utilizar la PHI para analizar la calidad del cuidado médico y de los servicios que recibe.
- Podemos utilizar la PHI para que lo ayude con los servicios para condiciones como asma, diabetes o lesión traumática.

- Podemos recabar y utilizar sus datos disponibles comercial y/o públicamente para brindarle apoyo y ayudarlo a obtener los beneficios y servicios del plan médico.
- Podemos usar su PHI para generar, utilizar o compartir su información no identificable, según lo permita la HIPAA.
- También podemos utilizar y compartir la PHI directa o indirectamente con intercambios de información de salud por razones de pago, operaciones de cuidado médico y tratamiento. Si no desea que compartamos su PHI en estos casos, visite **www.healthsun.com** para obtener más información.

Compartimos su PHI con usted

debemos darle acceso a su propia PHI. Además, podemos comunicarnos con usted para informarle sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Cuando usted o sus dependientes alcancen una determinada edad, podemos informarles sobre otros planes o programas para los que pueden ser elegibles, que incluyen cobertura

individual. También podemos enviarle recordatorios sobre chequeos y exámenes médicos de rutina. Puede recibir correos electrónicos con PHI limitada, como materiales de bienvenida. Le pediremos su consentimiento antes de comunicarnos con usted.

Compartimos su PHI con terceros

En la mayoría de los casos, si utilizamos o compartimos su PHI con fines que no sean de tratamiento, pago, operaciones u actividades de investigación, primero deberemos obtener su consentimiento por escrito. También debemos obtener su permiso por escrito antes de:

- Utilizar su PHI para determinadas actividades de comercialización.
- Vender su PHI.
- Compartir cualquier informe de psicoterapia de su médico o terapeuta.

También podemos necesitar su permiso por escrito para otras situaciones no mencionadas arriba. Usted tiene el derecho de revocar cualquier permiso por escrito que haya proporcionado, en cualquier momento.

Tiene el derecho y la opción de solicitarnos que:

- Compartamos la información con sus familiares, amigos íntimos u otras personas involucradas en su tratamiento actual o en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de emergencia o asistencia en caso de desastre.

Si no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo, en una emergencia o si está inconsciente, podemos compartir su PHI si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave y probable a su salud o seguridad.

Otras razones por las que podremos utilizar o compartir su información

Estamos autorizados, y en algunos casos obligados, a compartir su información de otras maneras; generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como salud pública e investigación. Podemos compartir su información con estos fines específicos:

- Ayudar con temas de seguridad y salud públicas, como:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar a retirar productos del mercado
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Denunciar casos presuntos de abuso, abandono o violencia doméstica
 - Evitar o disminuir una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona
- Realizar investigaciones de salud
- Acatar la ley, si esta requiere que se comparta su información
- Responder a grupos de donación de órganos para fines de investigación y por determinadas razones
- Atender las solicitudes de compensación para trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales, así como alertar a las autoridades correspondientes si consideramos que usted puede ser víctima de abuso u otros delitos
- Responder a demandas y acciones legales

Si está inscrito en nuestro plan a través de un empleador,

podemos compartir su PHI con su plan médico grupal. Si el empleador paga su prima o parte de ella, pero no paga sus reclamaciones de seguro médico, su empleador solo puede tener acceso a su PHI por motivos permitidos y, según lo requerido por ley, debe protegerla.

Autorización

Solicitaremos su consentimiento por escrito antes de utilizar o compartir su PHI para cualquier otro propósito que no esté indicado en este aviso. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento, por escrito. Desde ese momento, dejaremos de utilizar su PHI para dicho fin. Sin embargo, si ya utilizamos o compartimos su PHI con su consentimiento, no podemos deshacer ninguna acción que hayamos realizado antes de que nos indicara que dejáramos de hacerlo.

Información genética

No podemos utilizar su información genética para decidir si le brindaremos cobertura o el precio de esa cobertura.

Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Podemos deducir, recibir y/o guardar información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género y proteger esta información como se describe en este aviso. Podemos utilizar esta información para ayudarlo, lo que incluye identificar sus necesidades específicas, desarrollar programas y materiales educativos y ofrecer servicios de interpretación. No utilizamos su información de raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género para decidir si le daremos cobertura, qué tipo de cobertura y el precio de esa cobertura. No compartimos esta información con personas no autorizadas.

Sus derechos

Según la ley federal, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Enviarnos una solicitud por escrito para ver u obtener una copia de su PHI, incluida una solicitud para recibir una copia de su PHI por correo electrónico. Recuerde que existe el riesgo de que su PHI sea leída por un tercero cuando esta

- se envía sin cifrar, es decir, por correo electrónico convencional. Por lo tanto, confirmaremos que desea recibir la PHI por correo electrónico no cifrado antes de enviársela. Le proporcionaremos una copia de su PHI, por lo general, en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Si necesitamos más tiempo, le avisaremos.
- Solicitarnos que corriamos la PHI si considera que es incorrecta o está incompleta. Si otra persona (como su médico) nos proporcionó la PHI, se lo informaremos para que usted pueda solicitarle que la corrija. Podemos rechazar su solicitud, pero le daremos la razón por escrito en un plazo de 60 días.
 - Enviarnos una solicitud por escrito para que no utilicemos su PHI para actividades de tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Podemos rechazar su solicitud, pero le daremos la razón por escrito.
 - Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos que le enviemos su PHI o que nos comuniquemos con usted de otras formas razonables. Además, infórmenos si desea que enviemos su correo a otra dirección, en caso de que enviarla a su casa pueda ponerlo en peligro.
 - Enviarnos una solicitud por escrito para pedirnos una lista de aquellos con quien hemos compartido su PHI. Generalmente, le enviaremos una lista dentro de los 60 días posteriores a su solicitud. Si necesitamos más tiempo, le avisaremos.
 - Solicitar una restricción de los servicios que usted paga de su bolsillo: Si usted paga la totalidad de algún servicio médico de su bolsillo, tiene derecho a solicitar una restricción. La restricción evitaría la utilización o divulgación de dicha PHI por razones de tratamiento, pago u operaciones. Si usted o su proveedor nos envían una reclamación, es posible que no aceptemos la restricción (consulte la sección anterior “Sus derechos”). Si la ley exige que divulguemos la información, no estamos obligados a aceptar su restricción.
 - Llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación para ejercer cualquiera de estos derechos. Un representante puede darle la dirección adonde

enviar la solicitud. También puede proporcionarle cualquier formulario que tengamos que pudiera ayudarlo con este proceso.

Cómo protegemos la información

Estamos dedicados a proteger su PHI y hemos establecido una serie de políticas y prácticas de información para ayudar a mantener su PHI protegida y privada. Si consideramos que su PHI se ha filtrado, debemos informárselo.

Mantenemos su PHI verbal, escrita y electrónica segura a través de procedimientos y de medios físicos y electrónicos adecuados. Estas medidas de seguridad cumplen con las leyes federales y estatales. Entre los medios que usamos para mantener la PHI a salvo, se incluyen la protección de las oficinas donde se conserva la PHI, el uso de contraseñas para las computadoras que contienen esta información y el bloqueo de las áreas de almacenamiento y archiveros. Exigimos a nuestros empleados que protejan su PHI mediante políticas y procedimientos por escrito. Estas políticas limitan el acceso a la PHI solo a aquellos empleados

que necesitan los datos para hacer su trabajo. También se les exige que usen un distintivo con identificación, para mantener alejadas de las áreas donde se guarda su PHI a las personas no autorizadas. Además, cuando sea requerido por ley, nuestros socios comerciales deben proteger la privacidad de la información que compartimos con ellos mientras trabajan con nosotros. No tienen permitido compartir su PHI con terceros sin nuestra autorización por escrito, a menos que la ley les permita hacerlo y esté establecido en esta notificación.

Efecto potencial de otras leyes aplicables

La HIPAA, la ley federal de privacidad, generalmente no invalida otras leyes que otorgan a las personas mayores protecciones respecto de su privacidad. Por lo tanto, si alguna ley de privacidad estatal o federal nos exigiera que le proporcionemos más protecciones de privacidad según las leyes aplicables, deberemos cumplir con esa ley además de la HIPAA.

Para ver más información

Para leer más sobre las maneras en que reunimos y usamos su información, sus derechos

de privacidad e información detallada sobre otras leyes de privacidad estatales o federales, visite la página de Privacidad (Privacy) en nuestro sitio web en www.healthsun.com.

Llamadas o mensajes de texto

Nosotros, incluidos nuestros miembros y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle un mensaje de texto mediante un sistema de marcado telefónico automático y/o una voz artificial. Sin embargo, solo lo hacemos conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Podemos llamarlo para informarle sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con su salud. Si no desea que lo llamemos por teléfono, infórmese a la persona que lo llama, o bien llame al **877-336-2069 (TTY: 711)** para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”. De esta forma, dejaremos de llamarlo y de enviarle mensajes de texto.

Reclamos

Si cree que no hemos protegido su privacidad, puede presentar una queja al número de teléfono de Servicios

para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No tomaremos medidas en su contra por presentar una queja.

Información de contacto

Puede llamarnos al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. Nuestros representantes pueden ayudarlo a ejercer sus derechos o a presentar una queja, o pueden hablar con usted sobre problemas de privacidad.

Copias y cambios

Usted tiene derecho a recibir una copia nueva de este aviso en cualquier momento. Aunque decida que le enviemos este aviso por medios electrónicos, también tiene el derecho de solicitar una copia impresa. Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Se aplicará un aviso revisado a la PHI que ya tenemos sobre usted, así como a cualquier PHI que recibamos en el futuro. La ley nos exige cumplir

con el aviso de privacidad vigente en el momento. Podemos informarle sobre cualquier cambio en nuestro aviso por medio de un boletín informativo, nuestro sitio web o una carta.

Fecha de entrada en vigencia de este aviso

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Encontrará la fecha de la revisión más reciente en el pie de página, al final de este documento.

Beneficios de la cirugía de reconstrucción de mamas

Una mastectomía cubierta por su plan médico incluye los beneficios que cumplen con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, la cual estipula lo siguiente:

- Reconstrucción de la mama o las mamas que fueron sometidas a una mastectomía cubierta.

- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para restablecer una apariencia simétrica.
- Prótesis y cobertura por complicaciones físicas relacionadas con todas las etapas de una mastectomía cubierta, incluido el linfedema.

Usted pagará el deducible, el copago y/o el coseguro habitual que le corresponda. Para conocer más detalles, comuníquese con el administrador de su plan.

Para obtener más información sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, ingrese en el sitio web del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos: www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/whcra.

Hay disponibles servicios de traducción; póngase en contacto con el plan o su agente.