



NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Información importante acerca de
sus derechos y nuestras responsabilidades

SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Proteger su información de salud personal es importante. Todos los años, debemos enviarle información específica acerca de sus derechos y algunas de nuestras obligaciones para mantener segura su información. Esta notificación comprende tres de estas comunicaciones anuales requeridas:

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

¿Prefiere evitar los papeles y leer esto en línea o en su aplicación móvil la próxima vez? Visite unicare.com e inscríbese para recibir estas notificaciones por correo electrónico.

AVISO ESTATAL SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En lo que se refiere a manejar su información de salud, respetamos las leyes estatales correspondientes, que suelen ser más estrictas que la ley federal de privacidad HIPAA. Esta notificación:

- Detalla sus derechos y nuestras obligaciones conforme a la ley estatal.
- Se aplica a los beneficios del seguro de salud, dental, de la vista y de vida que pueda tener.

Es posible que el estado le otorgue derechos adicionales para limitar la divulgación de su información de salud. Para obtener más información, llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación.

SU INFORMACIÓN PERSONAL

Su información personal (PI) no pública (privada) lo identifica y, generalmente, se recopila en un documento de seguros. Tiene derecho a ver y a corregir su PI. Podemos recopilar, usar y compartir su PI según se describe en esta notificación. Nuestro objetivo es proteger su PI porque esta información puede usarse para emitir juicios sobre su salud, finanzas, carácter, hábitos, pasatiempos, reputación, empleo y crédito.

Podemos obtener su PI de otras fuentes, como médicos, hospitales u otras compañías de seguros. En algunos casos, también podemos compartir su PI con otras personas fuera de nuestra empresa sin su aprobación. Pero tomamos medidas razonables para proteger su información. Si a la hora de ofrecerle una actividad, se nos exige darle la oportunidad de no participar, le avisaremos y le explicaremos cómo informarnos que no desea que se use o comparta su PI para una actividad en la que puede elegir no participar.

EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, DE LA VISTA Y DENTAL, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON SUS BENEFICIOS DE SALUD. LÉALA ATENTAMENTE.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Mantenemos la privacidad de la información de salud y financiera de nuestros miembros actuales y anteriores, según lo requerido por ley, los estándares de acreditación y nuestras propias normas internas. La ley federal también nos exige entregarle esta notificación para explicarle sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.

SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Hay casos en los que podemos recopilar, usar y compartir su Información de Salud Protegida (PHI) según lo permitido o requerido por ley, incluida la norma de privacidad de la HIPAA. Estos son algunos de esos casos:

Pago: Recopilamos, usamos y compartimos la PHI para ocuparnos de su cuenta y sus beneficios, o para pagar las reclamaciones de atención de la salud que le corresponden a través de su plan.

Operaciones de la salud: Recopilamos, usamos y compartimos su PHI para nuestras operaciones de salud.

Actividades de tratamiento: No brindamos tratamiento, pero recopilamos, usamos y compartimos información sobre su tratamiento para ofrecer servicios que puedan serle útiles, como compartir información con otras personas que le brindan tratamiento.

Ejemplos de cómo usamos su información:

- Guardamos información en nuestros archivos sobre el pago de la prima y los deducibles.
- Podemos brindar información a un consultorio médico para confirmar sus beneficios.
- Podemos compartir la explicación de beneficios (EOB) con el suscriptor de su plan por propósitos relacionados con el pago.
- Podemos compartir la PHI con su médico u hospital para que puedan brindarle tratamiento.
- Podemos usar la PHI para revisar la calidad de la atención y los servicios que recibe.
- Podemos usar la PHI para brindarle ayuda con los servicios para condiciones como asma, diabetes o lesión traumática.
- Podemos recopilar y usar datos disponibles de forma pública y/o comercial acerca de usted para brindarle apoyo y ayudarlo a obtener los beneficios y servicios del plan médico.
- Podemos usar su PHI para crear, usar o compartir datos sin identificación según lo permite la HIPAA.
- También podemos usar y compartir la PHI, de manera directa o indirecta, con mercados de información de salud, para actividades relacionadas con pagos, operaciones de salud y tratamientos. Si prefiere que no compartamos su PHI en estos casos, visite www.unicare.com/health-insurance/about-us/privacy para obtener más información.

Cómo compartimos su PHI con usted: debemos darle acceso a su propia PHI. También podemos comunicarnos con usted por opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Cuando usted o alguno de sus dependientes llega a cierta edad, es posible que le informemos acerca de otros planes o programas para los cuales puede ser elegible, incluida la cobertura individual. También podemos enviarle recordatorios sobre chequeos médicos y análisis de rutina.

Puede que reciba correos electrónicos con PHI limitada, como el material de bienvenida. Le pediremos permiso antes de comunicarnos con usted.

Cómo compartimos su PHI con otras personas: en la mayoría de los casos, si usamos o compartimos su PHI en otro ámbito no relacionado con las actividades de tratamiento, pago, operaciones o investigación, debemos obtener su aprobación por escrito primero. También debemos obtener su permiso por escrito antes de hacer lo siguiente:

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

Asimismo, podemos necesitar su permiso por escrito para otras situaciones que no se mencionan arriba. Siempre tiene derecho a cancelar cualquier permiso por escrito que haya otorgado en determinado momento.

Tiene el derecho y la opción de permitirnos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su tratamiento actual o el pago de su atención.
- Compartir información para ayudar en caso de emergencia o catástrofe.

Si no puede expresar sus preferencias, por ejemplo: en una emergencia o si está inconsciente, podemos compartir su PHI si creemos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave y probable a su salud o seguridad.

OTROS MOTIVOS POR LOS QUE PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN

Tenemos permitido (y en algunos casos es requerido) compartir su información de otras formas, generalmente, para el bien común, como en casos relacionados con la salud pública o la investigación. Podemos compartir su información para estos fines específicos:

- Ayudar en casos relacionados con la salud pública y la seguridad, por ejemplo:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar en la retirada de productos del mercado
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona
- Llevar a cabo investigaciones de salud.
- Respetar la ley, si la ley exige compartir su información.
- Responder a grupos de donación de órganos para investigación y por otros motivos específicos.
- Abordar la compensación para trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales, y alertar a las autoridades adecuadas si creemos que 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 su prima, pero no paga las reclamaciones del seguro de salud, su empleador solo puede tener su PHI por motivos permitidos, y protegerla es requerido por ley.

Autorización: obtendremos su permiso por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no se mencione en esta notificación. Puede cancelar su permiso en cualquier momento, por escrito. Dejaremos de usar su PHI para ese fin. No obstante, en los casos en que ya usamos o compartimos su PHI con su permiso, no podemos deshacer tales acciones efectuadas antes de que revocara el permiso.

Información genética: no podemos usar su información genética para decidir si le brindaremos cobertura o para decidir el precio de tal cobertura.

Raza, grupo étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género: Podemos recibir información acerca de su raza, grupo étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género y proteger esta información según se describe en esta notificación. Podemos usar esta información brindarle ayuda, esto incluye identificar sus necesidades específicas, desarrollar programas y material educativo, y ofrecer servicios de interpretación. No usamos la información acerca de la raza, el grupo étnico, el idioma, la orientación sexual ni la identidad de género para decidir si le brindaremos cobertura, qué tipo de cobertura le brindaremos y a qué precio. No compartimos esta información con personas no autorizadas.

SUS DERECHOS

Según la ley federal, tiene derecho a lo siguiente:

- Enviarnos una solicitud por escrito para ver u obtener una copia de su PHI, incluida una solicitud de una copia de su PHI por correo electrónico. Recuerde que existe el riesgo de que su PHI sea leída por un tercero cuando se envía sin cifrar, es decir, a través de un correo electrónico normal. Por eso, primero confirmaremos que desea recibir su PHI a través de un correo electrónico cifrado antes de enviársela. Le enviaremos una copia de su PHI en el transcurso de los 30 días posteriores a su solicitud. Si necesitamos más tiempo, le avisaremos.
- Pedirnos que corrijamos la PHI que crea que es incorrecta o está incompleta. Si otra persona (como su médico) nos proporcionó su PHI, le informaremos a usted para que pueda solicitarle que la corrija. Podemos negarle su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.
- Enviarnos una solicitud por escrito para que no usemos su PHI para actividades relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de salud. Podemos negarle su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que le enviemos su PHI o que nos comuniquemos con usted por otros medios razonables. Además, infórmenos si desea que le enviemos el correo a una dirección distinta si enviarlo a su casa podría ponerlo en peligro.
- Enviarnos una solicitud por escrito para pedirnos una lista de las personas con las que compartimos su PHI. Le proporcionaremos una lista, normalmente en el plazo de 60 días de su solicitud. Si necesitamos más tiempo, le avisaremos.
- Pedir una restricción para los servicios que paga de su bolsillo: si paga la totalidad de cualquier servicio médico de su bolsillo, tiene derecho a pedir una restricción. La restricción impide que usemos o compartamos esa PHI por motivos relacionados con el tratamiento, el pago u otras operaciones. Si usted o su proveedor nos envían una reclamación, podemos rechazar la restricción (consulte “Sus derechos” arriba). Si la ley nos exige compartir su información, no estamos obligados a estar de acuerdo con su restricción.
- Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación para hacer uso de cualquiera de estos derechos. Un representante puede darle la dirección para enviar la solicitud. También puede proporcionarle formularios para ayudarlo con este proceso.

CÓMO PROTEGEMOS LA INFORMACIÓN

Nos ocupamos de proteger su PHI, y hemos establecido una serie de políticas y prácticas a fin de mantener la seguridad y la privacidad de su PHI. Si creemos que se cometió una infracción en relación con su PHI, se lo haremos saber.

Mantenemos segura su PHI oral, escrita y electrónica mediante el uso de procedimientos adecuados, a través de medios físicos y electrónicos. Estas medidas de seguridad respetan las leyes federales y estatales. Algunos de los métodos que empleamos para resguardar su PHI incluyen asegurar las oficinas donde se guarda la PHI, usar computadoras protegidas por contraseña y cerrar con llave las áreas de almacenamiento y los archivadores. Exigimos a nuestros empleados que protejan la PHI con políticas y procedimientos escritos. Estas políticas limitan el acceso a la PHI solo a los empleados que necesitan los datos para trabajar. Los empleados también deben usar credenciales de identificación para evitar el acceso de personas no autorizadas al área donde se guarda la PHI. Además, cuando es requerido por ley, nuestros socios comerciales deben proteger la privacidad de los datos que compartimos con ellos mientras trabajan con nosotros. No tienen permitido dar su PHI a otras personas sin su autorización por escrito, a menos que la ley lo permita y esté contemplado en esta notificación.

**INCIDENCIA
POTENCIAL DE OTRAS
LEYES APLICABLES**

En general, la ley de privacidad federal (HIPAA) no invalida otras leyes que otorgan a las personas otros recursos de mayor protección de la privacidad. Por consiguiente, si una ley de privacidad estatal o federal nos exige que le brindemos más protecciones de privacidad, debemos respetar esa ley, además de la HIPAA.

**PARA OBTENER MÁS
INFORMACIÓN**

Para leer más información sobre cómo recopilamos y usamos su información, sus derechos de privacidad y detalles sobre otras leyes de privacidad estatales o federales, visite nuestra página web de Privacidad en unicare.com/health-insurance/about-us/privacy.

**LLAMADAS
O MENSAJES
DE TEXTO**

Nosotros, incluidos nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle un mensaje de texto mediante un sistema de marcado automático y/o un mensaje de voz artificial. Pero solo podemos hacer esto de conformidad con la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden ser acerca de opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no desea que nos comuniquemos con usted por teléfono, infórmele al agente que llama o llame al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”. Dejaremos de llamarlo o enviarle mensajes de texto.

QUEJAS

Si considera que no protegimos su privacidad, puede presentar una queja llamando al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. También puede visitar hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 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 hacer valer sus derechos, presentar una queja o hablar con usted acerca de temas de privacidad.

**COPIAS
Y CAMBIOS**

Tiene derecho a recibir una nueva copia de esta notificación en cualquier momento. Aun cuando haya acordado recibir esta notificación por medios electrónicos, tiene derecho a pedir una copia impresa. Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación. De hacerlo, se aplicará la notificación revisada a la PHI que tengamos sobre usted y a cualquier PHI que recibamos en el futuro. Es requerido por ley respetar las notificaciones de privacidad vigentes en este momento. Podemos informarle sobre cualquier cambio en nuestra notificación a través de boletines informativos, nuestro sitio web o una carta.

**FECHA DE ENTRADA
EN VIGENCIA
DE ESTA NOTIFICACIÓN**

La fecha de entrada en vigencia original de esta notificación es el 14 de abril de 2003. La revisión más reciente se detalla en el pie de página, al final de este documento.

**BENEFICIOS DE
CIRUGÍA DE
RECONSTRUCCIÓN
DE MAMAS**

En una mastectomía cubierta por su plan médico se incluyen beneficios que cumplen con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, que contempla lo siguiente:

- Reconstrucción de la(s) mama(s) sometida(s) a una mastectomía cubierta.
- Cirugía y reconstrucción de la mama no afectada para dar una apariencia simétrica.
- Prótesis y cobertura de complicaciones físicas relacionadas con todas las etapas de una mastectomía cubierta, incluido un linfedema.

Usted pagará los deducibles, copagos y/o coseguros habituales. Para obtener 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, visite el sitio web del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/whcra.

ES IMPORTANTE QUE LE BRINDEMOS UN TRATO JUSTO

Respetamos las leyes federales de derechos civiles en nuestros programas de salud y actividades. No discriminamos, excluimos ni damos un trato diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad. Si tiene alguna discapacidad, ofrecemos asistencia y servicios gratuitos. Si su idioma principal no es el inglés, le ofrecemos asistencia gratuita mediante intérpretes y otros idiomas por escrito. Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación para recibir ayuda (TTY/TDD: 711).

Si cree que no brindamos estos servicios o que discriminamos a alguien por su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja, también conocido como reclamo. Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- Escribirle al Coordinador de Cumplimiento, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279.
- Presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201.
- Llamar al 800-368-1019 (TDD: 800-537-7697).
- Visitar ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf y completar un formulario de queja en línea, en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

OBTENGA AYUDA EN SU IDIOMA

También tiene derecho a recibir esta información en su idioma de manera gratuita. Si desea recibir ayuda adicional para entender esto en otro idioma, llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711).

Además de ayudarlo a entender sus derechos de privacidad en otro idioma, también ofrecemos esta notificación en distintos formatos para miembros con discapacidad visual. Si necesita un formato diferente, llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.

ASISTENCIA EN OTROS IDIOMAS

Spanish

Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma en forma gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda. (TTY/TDD: 711)

Chinese

您有權使用您的語言免費獲得該資訊和協助。請撥打您的 ID 卡上的成員服務號碼尋求協助。(TTY/TDD: 711)

Vietnamese

Quý vị có quyền nhận miễn phí thông tin này và sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Hãy gọi cho số Dịch Vụ Thành Viên trên thẻ ID của quý vị để được giúp đỡ. (TTY/TDD: 711)

Korean

귀하에게는 무료로 이 정보를 얻고 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 도움을 얻으려면 귀하의 ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오.(TTY/TDD: 711)

Tagalog

May karapatan kayong makuha ang impormasyon at tulong na ito sa ginagamit ninyong wika nang walang bayad. Tumawag sa numero ng Member Services na nasa inyong ID card para sa tulong. (TTY/TDD: 711)

Russian

Вы имеете право получить данную информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Для получения помощи звоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. (TTY/TDD: 711)

Arabic

دوجوملا ءاضعألأ تامدخ مقرب لصتا. أناجم لكت غلب قدع اسمل او تامول عمل ا هذه ىلع لوصح لاكل قحي قدع اسمل لكتب فصاخلا (TTY/TDD: 711) فبيرعتلا قق اطب ىلع

Armenian

Դուք իրավունք ունեք Ձեր լեզվով անվճար ստանալ այս տեղեկատվությունը և ցանկացած օգնություն: Օգնություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված համարով: (TTY/TDD: 711)

Farsi

تفایرد ناتدوخ نابز هب ناگیار تروص هب ار اه کمک و تاعالطا نی اهک دی راد ار قح نی امش هوش جرد ناتیی اسانش تراک یور رب هک ءاضعا تامدخ زکرم هرامش هب کمک تفایرد یارب. دی نک دیری گب سامت، ست (TTY/TDD: 711)

French

Vous avez le droit d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour cela, veuillez appeler le numéro des Services destinés aux membres qui figure sur votre carte d'identification. (TTY/TDD: 711)

Japanese

この情報と支援を希望する言語で無料で受けることができます。支援を受けるには、IDカードに記載されているメンバーサービス番号に電話してください。(TTY/TDD: 711)

Haitian

Ou gen dwa pou resevwa enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pou gratis. Rele nimewo Manm Sèvis la ki sou kat idantifikasyon ou a pou jwenn èd. (TTY/TDD: 711)

Italian

Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed eventuale assistenza nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per assistenza, chiami il numero dedicato ai Servizi per i membri riportato sul suo libretto. (TTY/TDD: 711)

Polish

Masz prawo do bezpłatnego otrzymania niniejszych informacji oraz uzyskania pomocy w swoim języku. W tym celu skontaktuj się z Działem Obsługi Klienta pod numerem telefonu podanym na karcie identyfikacyjnej. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ ਮੁਫਤ ਵੱਚਿ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾ ਸਿੱਧਿ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)

