

Aviso de prácticas de privacidad

Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Este Aviso describe cómo se podrá usar y revelar su información médica como miembro de Blue Shield y de qué manera usted puede obtener acceso a dicha información.

Nuestro compromiso con la privacidad

En Blue Shield, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y tomamos con seriedad nuestra obligación de proteger dicha información.

En nuestras actividades habituales, creamos registros sobre usted, su tratamiento médico y los servicios que le brindamos. La información de estos registros recibe el nombre de “información protegida sobre la salud” (PHI, por sus siglas en inglés) e incluye datos personales que lo identifican individualmente, como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social, además de información relacionada con su salud, como diagnósticos médicos o información sobre reclamaciones.

Para cumplir con la ley estatal y federal, debemos brindarle este Aviso de nuestras prácticas de privacidad y nuestras obligaciones legales con respecto a su PHI. Tenemos la obligación de mantener la privacidad de su PHI y de avisarle en caso de que usted se vea afectado por la revelación de PHI vulnerable. Cuando usamos o hacemos pública (“revelamos”) su PHI, estamos sujetos a los términos de este Aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o guardamos con su PHI.

Cómo protegemos su privacidad

Contamos con medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para garantizar la privacidad de su PHI. Para proteger su privacidad, solo los miembros del personal de Blue Shield que tienen autorización y entrenamiento adecuado pueden acceder a nuestros registros electrónicos e impresos y a las áreas privadas donde se almacena esta información.

Los miembros del personal reciben entrenamiento en los siguientes temas:

- Procedimientos y políticas de protección de datos y privacidad, lo que incluye cómo etiquetar, almacenar y archivar los registros impresos y electrónicos, y cómo obtener acceso a dichos registros.
- Medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para mantener la privacidad y seguridad de su PHI.

Nuestra Oficina de Privacidad corporativa controla la manera en que cumplimos con los procedimientos y las políticas de privacidad, y brinda asesoramiento a nuestra organización sobre este tema tan importante.

Cómo usamos y revelamos su PHI

Usos de la PHI sin su autorización.

De ser necesario, podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito mientras le brindamos beneficios y servicios

Y0118_20_669E_C_SP 09012020

relacionados con la salud. Podemos revelar su PHI para los siguientes fines:

• **Tratamientos:**

- Para compartirla con enfermeros, médicos, farmacéuticos, optometristas, promotores de salud y otros profesionales de atención de la salud de manera que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarlo a obtener servicios y tratamientos que pueda necesitar; por ejemplo, pedir pruebas de laboratorio y usar los resultados.
- Para coordinar su atención de la salud y los servicios relacionados con un profesional o un centro de atención de la salud.

• **Pagos:**

- Para obtener el pago de las primas de su cobertura.
- Para tomar decisiones de cobertura; por ejemplo, hablar con un profesional de atención de la salud sobre el pago por los servicios que le brindó.
- Para coordinar los beneficios con otra cobertura que usted pudiera tener; por ejemplo, hablar con otro plan o aseguradora de salud para determinar su elegibilidad o su cobertura.
- Para obtener el pago de un tercero que pudiera ser responsable del pago; por ejemplo, un familiar.
- Para determinar y cumplir de cualquier otra manera nuestra responsabilidad de brindarle sus beneficios de salud; por ejemplo, para administrar reclamaciones.

• **Actividades relacionadas con la atención de la salud:**

- Para brindar servicio al cliente.
- Para apoyar y/o mejorar los programas o servicios que le ofrecemos.
- Para ayudarlo a controlar su salud; por ejemplo, brindarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede obtener acceso o brindarle

recordatorios de tratamientos o servicios de atención de la salud.

- Para colaborar con otro plan de salud, aseguradora o profesional de atención de la salud que mantengan un vínculo con usted y mejorar así los programas que le ofrecen; por ejemplo, para la administración de casos o para que se respete un acuerdo con una organización responsable del cuidado de la salud (ACO, por sus siglas en inglés) o con un hogar médico centrado en el paciente.
- Para la evaluación de la información médica (*underwriting*), la fijación de cuotas, la clasificación de primas u otras actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un contrato para un seguro o una cobertura de salud. Sin embargo, tenga en cuenta que no usaremos ni revelaremos la PHI que incluya información genética para evaluar su información médica, ya que está prohibido por la ley federal.

También podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito para otros fines, en la medida que lo permita o exija la ley. Esto incluye lo siguiente:

• **Revelaciones a otras personas que participan en su atención de la salud.**

- Si usted está presente o disponible de alguna otra manera para indicarnos que lo hagamos, podemos revelar su PHI a otras personas; por ejemplo, a un familiar, a un amigo cercano o a la persona que le brinda cuidados.
- Si usted tiene una situación de emergencia, no está presente o está incapacitado, o si falleció, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si revelar su PHI a otras personas puede beneficiarlo de algún modo. Si revelamos su PHI en una situación en la que usted no está disponible, revelaremos solo la información que sea directamente relevante para la participación de la persona en su tratamiento o para el pago relacionado con el tratamiento.

También podemos revelar su PHI para avisar (o ayudar a avisar) a dichas personas acerca de su ubicación, su estado de salud general o su fallecimiento.

- En el caso de un menor de edad, podemos revelar la PHI a cualquiera de sus padres.

• **Revelaciones al patrocinador de su plan.** Podemos revelar su PHI al patrocinador de su plan de salud grupal, que puede ser su empleador, o a una compañía que actúe en nombre del patrocinador del plan, para que puedan hacer tareas relacionadas con el control, la auditoría y la administración del plan de salud en el que usted participa. Su empleador no puede usar la PHI que revelamos para ningún otro fin que no sea la administración de sus beneficios. Consulte los documentos del plan del patrocinador de su plan para saber si su empleador/patrocinador del plan recibe PHI y para ver una explicación completa sobre las revelaciones y los usos limitados que el patrocinador del plan puede hacer de su PHI.

• **Revelaciones a proveedores y organizaciones de acreditación.** Podemos revelar su PHI:

- A compañías que brindan ciertos servicios en nombre de Blue Shield. Por ejemplo, podemos contar con la participación de proveedores para que nos ayuden a brindar información y asesoramiento a los miembros con enfermedades crónicas, como diabetes y asma.
- A organizaciones de acreditación, como el National Committee for Quality Assurance (NCQA, Comité Nacional de Garantía de Calidad), para controlar la calidad.

Tenga en cuenta que, antes de compartir su PHI, obtenemos el acuerdo por escrito de la organización de acreditación o del proveedor para proteger la privacidad de su PHI.

• **Comunicaciones.** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted y brindarle información sobre la cobertura, los beneficios, los programas y servicios relacionados con la salud, los recordatorios de tratamientos o las alternativas de tratamiento disponibles en su plan de salud de Blue Shield. No usamos su PHI con el fin de recaudar fondos.

• **Salud o seguridad.** Podemos revelar su PHI para prevenir o atenuar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de las personas en general.

• **Actividades relacionadas con la salud pública.** Podemos revelar su PHI:

- Para brindar información sobre la salud a autoridades de salud pública autorizadas por ley para recibir dicha información con el objetivo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o de controlar las inmunizaciones.
- Para denunciar abuso o abandono de niños, o abuso de adultos, incluidos los casos de violencia en el hogar, a una autoridad del gobierno autorizada por ley para recibir dichas denuncias.
- Para brindar información sobre un producto o una actividad regulados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos) de los Estados Unidos a una persona responsable de la calidad, la seguridad o la eficacia del producto o la actividad.
- Para alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible, siempre y cuando la ley nos permita hacerlo.

• **Actividades relacionadas con el control de la salud.** Podemos revelar su PHI:

- A una agencia del gobierno legalmente responsable de supervisar el sistema de atención de la salud o de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas de beneficios del gobierno, como Medicare o Medicaid.

- A otros programas reglamentarios que necesitan información sobre la salud para determinar el cumplimiento.
- **Investigación.** Podemos revelar su PHI para hacer investigaciones, pero siempre según lo que permita la ley.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos usar y revelar su PHI para cumplir con la ley.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos revelar su PHI en un procedimiento judicial o administrativo, o en respuesta a una orden judicial válida.
- **Funcionarios responsables del cumplimiento de la ley.** Podemos revelar su PHI a la policía o a otros funcionarios responsables del cumplimiento de la ley, según lo exija la ley, o para cumplir con una orden judicial o con otro proceso autorizado por ley.
- **Funciones gubernamentales.** Podemos revelar su PHI a diversos departamentos del gobierno, como las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o el Departamento de Estado de los Estados Unidos, según lo exija la ley.
- **Compensación por accidentes de trabajo.** Podemos revelar su PHI cada vez que sea necesario para cumplir con las leyes de compensación por accidentes de trabajo.

Usos de la PHI que requieren su autorización. Excepto para los fines descritos anteriormente, debemos obtener su autorización por escrito para usar o revelar su PHI. Por ejemplo, no usaremos su PHI para fines de comercialización sin su autorización previa por escrito ni brindaremos su PHI a un posible empleador sin su autorización por escrito.

Usos y revelación de cierta PHI considerada “altamente confidencial”. Para ciertos tipos de PHI, es posible que la ley federal y estatal exija un mayor nivel de protección de la privacidad. Esto incluye la PHI que está relacionada con lo siguiente:

- Notas de terapia psicológica.

- Prevención, tratamiento y referencia por abuso de alcohol y drogas.
- Pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA.
- Enfermedades venéreas y/o transmisibles.
- Pruebas genéticas.

Solo podemos revelar este tipo de PHI especialmente protegida con su autorización previa por escrito, excepto cuando la ley lo permita o lo exija específicamente.

Cancelación de la autorización. En cualquier momento, usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya entregado previamente. La cancelación, que deberá ser enviada por escrito, se aplicará a usos y revelaciones futuros de su PHI. No afectará los usos o las revelaciones hechos con anterioridad, mientras su autorización estaba vigente.

Sus derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con la PHI que Blue Shield crea, obtiene y/o guarda sobre usted:

- **Derecho a pedir limitaciones.** Puede pedirnos que limitemos la forma en que usamos y revelamos su PHI para tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con la atención de la salud, según se explica en este Aviso. No estamos obligados a aceptar sus pedidos de limitación; sin embargo, los analizaremos cuidadosamente.

Si aceptamos un pedido de limitación, lo cumpliremos hasta que usted pida o acepte cancelar la limitación. Es posible que también le informemos que decidimos cancelar lo que aceptamos con respecto a una limitación. En ese caso, la cancelación será solo para la PHI creada o recibida después de haberle informado de la cancelación.

- **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.** Puede indicar que desea recibir por medios alternativos o en lugares alternativos las comunicaciones de Blue Shield que contengan PHI.

Según lo exija la ley y en la medida que sea posible, nos adaptaremos a los pedidos razonables. Tal vez le pidamos que haga su pedido por escrito. Si su pedido está relacionado con un niño menor de edad, tal vez le solicitemos que brinde documentación legal que apoye su pedido.

- **Derecho a obtener acceso a su PHI.**

Puede indicar que desea revisar o recibir una copia de cierta PHI que guardamos sobre usted en un "conjunto de registros designado". Esto incluye, por ejemplo, registros de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y sistemas de registro de administración médica o de casos, y toda aquella información que usamos para tomar decisiones relacionadas con usted. Su pedido debe presentarse por escrito. En la medida de lo posible y según lo exija la ley, le entregaremos una copia de su PHI de la manera (impresa o electrónica) y en el formato que usted la pida. Si pide una copia de su PHI, es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo, por preparar, fotocopiar y/o enviarle por correo la PHI. En ciertas circunstancias limitadas y permitidas por la ley, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros.

- **Derecho a hacer cambios en sus registros.**

Usted tiene derecho a pedirnos que hagamos correcciones o cambios en la PHI que guardamos sobre usted en un conjunto de registros designado. Su pedido debe presentarse por escrito y debe incluir una explicación de la razón por la cual usted desea que se hagan cambios en su PHI. Si decidimos que la PHI no es correcta o está incompleta, la corregiremos según lo permita la ley. Si la PHI que desea cambiar fue creada por un médico o un centro de atención de la salud, debe comunicarse con ellos para pedirles que hagan los cambios en la información.

- **Derecho a recibir un informe sobre las revelaciones.** Después de que hayamos recibido su pedido por escrito, le entregaremos una lista de

las revelaciones de su PHI que hicimos durante un período específico, hasta un máximo de seis años antes de la fecha de su pedido. Sin embargo, la lista no incluirá:

- Revelaciones que usted haya autorizado.
- Revelaciones hechas más de seis años antes de la fecha de su pedido.
- Revelaciones hechas con fines de tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud, excepto cuando lo exija la ley.
- Otro tipo de revelaciones específicas que la ley nos permite no incluir en el informe.

Si pide un informe más de una vez durante un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo, por cada informe que haya pedido después del primero.

- **Derecho a nombrar un representante personal.** Usted puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante personal. Su representante tendrá permiso para acceder a su PHI, comunicarse con los profesionales y los centros que le brindan atención de la salud, y ejercer en su nombre el resto de los derechos de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos). Según la autoridad que le dé a su representante, este también podrá tomar decisiones en su nombre sobre la atención de la salud.

- **Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso.** Si usted lo pide, le entregaremos una copia impresa de este Aviso, aun cuando haya optado por recibir el Aviso en forma electrónica. Consulte la sección "Disponibilidad y duración del aviso" de este Aviso.

Medidas que puede tomar

Comuníquese con Blue Shield. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, si cree que tal vez no cumplimos con sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con nosotros:

Blue Shield of California Privacy Office
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Teléfono: (888) 266-8080 (sin cargo)

Fax: (800) 201-9020 (sin cargo)

Correo electrónico:
privacy@blueshieldca.com

Para ciertos tipos de pedidos, debe completar y enviarnos por correo un formulario que puede obtenerse llamando al número del servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visitando nuestro sitio web, blueshieldca.com/privacyforms.

Comuníquese con una agencia del gobierno. También puede presentar una queja por escrito ante la Secretaría del Department of Health & Human Services (HHS, Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los Estados Unidos si cree que tal vez no cumplimos con sus derechos de privacidad. Puede enviar la queja por correo electrónico, fax o correo postal a la Office for Civil Rights (OCR, Oficina de Derechos Civiles) del HHS.

Para obtener más información o presentar una queja ante la Secretaría del HHS, visite el sitio web de la OCR, www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

Si vive en California, puede comunicarse con el gerente regional de la OCR de California de la siguiente manera:

Region IX Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Teléfono: (800) 368-1019

Fax: (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697

No tomaremos medidas en su contra si usted decide ejercer su derecho a presentar una queja, ya sea ante nosotros o ante el HHS.

Disponibilidad y duración del aviso

Disponibilidad del aviso. Para obtener una copia de este Aviso, llame al número del servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visite nuestro sitio web, blueshieldca.com/privacynotice.

Derecho a cambiar los términos de este Aviso. Tenemos la obligación de cumplir con los términos de este Aviso mientras esté vigente. Podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y, a nuestro criterio, podemos aplicar los nuevos términos a toda la PHI de usted que tengamos en nuestro poder, incluida toda la PHI creada o recibida antes de emitir el nuevo Aviso.

Si hacemos cambios en este Aviso, lo actualizaremos en nuestro sitio web y, si usted está inscrito en un plan de beneficios de Blue Shield en ese momento, le enviaremos el nuevo Aviso según lo exija la ley.

Fecha de comienzo. Este Aviso entró en vigencia el 16 de agosto de 2013.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。