

# Notificación de las prácticas de privacidad

Fecha de vigencia: 25 de julio de 2011

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LÉALA CON DETENIMIENTO.

## Nuestra obligación legal

Esta notificación describe nuestras prácticas de privacidad, que incluyen cómo podemos utilizar, revelar (compartir o difundir), reunir, administrar y proteger la información protegida sobre la salud de nuestros miembros. Existen leyes estatales y federales que exigen a Care Improvement Plus a mantener la privacidad de la información protegida sobre su salud. También se nos exige que le notifiquemos nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en lo que respecta a la información protegida sobre su salud. Mientras esté en vigencia, deberemos seguir las prácticas de privacidad descritas en esta notificación.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta notificación en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios estén permitidos por la ley. Nos reservamos el derecho de introducir modificaciones en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestra notificación en lo que concierne a toda la información médica protegida en nuestro poder, ya sea información protegida sobre la salud que hemos creado o que hemos recibido antes de introducir los cambios. Si realizamos un cambio material en nuestras prácticas, le enviaremos una notificación revisada en el transcurso de 60 días por correo directo o correo electrónico si la solicita, o la publicaremos en nuestro sitio de Internet en:

<http://careimprovementplus.com/PrivacyPolicy.aspx>.

Puede solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Si desea información más detallada sobre nuestras prácticas de privacidad u otras copias de esta notificación, comuníquese con nosotros (remítase a la información provista al final de esta notificación).

## Principales usos y motivos de revelación de la información protegida sobre su salud:

Care Improvement Plus principalmente utiliza y divulga su información médica para fines de pago y operaciones de atención médica.

■ **Pago:** Podemos utilizar, revelar u obtener su información médica protegida para fines de pago. Podemos, por ejemplo, utilizar, revelar u obtener información protegida sobre su salud para pagar reclamaciones por servicios provistos por médicos, hospitales, farmacias y otros, que están cubiertos por su plan de salud. También podemos utilizar su información a fin de determinar su elegibilidad para beneficios, coordinar beneficios con otros pagadores, examinar necesidades médicas, obtener primas y emitir explicaciones de beneficios.

■ **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar, revelar u obtener su información médica protegida para fines relacionados con operaciones de atención médica. Podemos, por ejemplo, utilizar, revelar u obtener información médica protegida para determinar nuestras primas para su plan de salud, llevar a cabo una evaluación de la calidad y mejoras, participar de la coordinación de la atención o del manejo del caso y administrar nuestros asuntos comerciales.

■ **Tratamiento:** Podemos revelar su información médica protegida a sus médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica para que dispongan, coordinen o administren su atención de la salud y los servicios relacionados, por ejemplo, para coordinar su atención médica o para derivarlo a otro proveedor.

■ **Socios comerciales y proveedores:** En relación con nuestros pagos, tratamiento y operaciones de atención médica, establecemos contratos con individuos y entidades (a los que llamamos "socios comerciales y proveedores") para que lleven a cabo diversas funciones en nuestro nombre o para que presten determinados servicios (como servicios de apoyo a los miembros, administración de la utilización o administración de los beneficios de farmacia). Para desempeñar estas funciones o proveer los servicios, nuestros socios comerciales recibirán, crearán, preservarán, utilizarán o revelarán información médica protegida, pero solo después de aceptar por escrito los términos contractuales

que establecemos para salvaguardar adecuadamente la información.

**Otros casos de uso y revelación de la información médica protegida:** La siguiente es una descripción de otras formas posibles en las que podemos (y estamos autorizados) utilizar, revelar u obtener información protegida sobre su salud.

■ **Revelación a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:** Se nos requiere revelar la información médica protegida a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) cuando esta Secretaría esté investigando o verificando nuestro cumplimiento con las reglamentaciones federales de privacidad.

■ **A familiares y amigos:** Si, según nuestro criterio profesional, consideramos que la divulgación es lo mejor para usted, también podemos revelar su información médica a familiares, amigos u otras personas que participen en su cuidado o el pago de su atención de la salud cuando usted no esté presente o esté incapacitado. Por ejemplo, podemos revelar información a un familiar que intenta ayudarlo a comprender nuestro pago por servicios. Sin embargo, como se menciona más adelante, puede solicitar restricciones de la revelación de información médica a sus familiares u otras personas identificadas por usted. Si está presente, le daremos la oportunidad de oponerse antes de que revelemos su información médica a estas personas.

■ **Actividades relacionadas con la negligencia en salud:** Podemos revelar la información protegida sobre su salud a una agencia relacionada con la negligencia en salud con el fin de que se la utilice para actividades autorizadas por la ley, como, por ejemplo: auditorías, investigaciones, inspecciones, acciones disciplinarias o de autorización, o procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales. Entre estos organismos de control se incluyen las agencias gubernamentales que supervisan: (i) el sistema de atención de la salud, (ii) los programas gubernamentales sobre beneficios, (iii) otros programas gubernamentales reguladores y (iv) el cumplimiento de las leyes sobre derechos civiles.

■ **Abuso o negligencia:** Podemos revelar la información protegida sobre su salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted puede ser víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos.

■ **Para prevenir amenazas graves para la salud o la seguridad:** De acuerdo con determinadas leyes federales y estatales, podemos revelar la información protegida sobre su salud si así lo consideramos necesario para evitar o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

■ **Investigación:** Podemos revelar la información protegida sobre su salud a investigadores, cuando una junta institucional de revisión o una junta de privacidad haya: (1) examinado la propuesta de investigación y establecido los protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) aprobado la investigación.

■ **Establecido por la ley:** Podemos utilizar, revelar u obtener la información protegida sobre su salud cuando así lo requiera la ley. Por ejemplo, si así lo solicitara, debemos revelar la información médica protegida a la DHHS con el fin de determinar si cumplimos con las leyes federales sobre privacidad.

■ **Acciones y procedimientos legales:** Podemos utilizar, revelar u obtener su información médica protegida para responder a una corte o tribunal administrativo, a una citación, a demandas o a otras acciones legales en circunstancias específicas. En limitadas situaciones como una orden o mandamiento judicial, o una citación del Gran Jurado, podremos revelar la información protegida sobre su salud a oficiales de la ley.

■ **Aplicación de la ley:** Podemos revelar a un oficial de la ley limitada información médica protegida sobre un sospechoso, un fugitivo, un testigo material, una víctima de un delito o una persona desaparecida. Podemos revelar información médica protegida siempre que sea necesario para colaborar con los oficiales de la ley en la captura de un individuo que ha confesado su participación en un delito o ha escapado de la custodia legal.

■ **Alternativas de tratamiento, recordatorios y otros beneficios relacionados con la salud:**

Podemos utilizar su información médica para brindarle información sobre las alternativas de tratamientos u otros beneficios proporcionados por Care Improvement Plus.

■ **Otros casos de uso y revelación de la información médica protegida:**

Otros casos de uso y revelación de la información protegida sobre su salud no descritos anteriormente solo tendrán lugar si contamos con su autorización escrita. Si nos proporciona esa autorización, podrá revocarla por escrito cuando lo desee y esta revocación tendrá vigencia para usos o revelación posterior de la información protegida sobre su salud. Sin embargo, la revocación no tendrá efecto sobre la información que ya hayamos utilizado o revelado de conformidad con su autorización o si la autorización es permitir la revelación de su PHI a una compañía de seguros, como una condición para obtener cobertura, en la medida en que otras leyes permitan al asegurador disputar la cobertura de reclamaciones.

**Limitaciones de la ley estatal para la revelación de información médica:**

En los casos donde la ley estatal sea más preservadora que la ley federal con sus derechos de privacidad, Care Improvement Plus cumple con la ley estatal. Por ejemplo, algunos estados establecen limitaciones adicionales sobre el uso y la revelación de la información médica sobre el VIH, el abuso de sustancias y la salud mental. Care Improvement Plus limita su uso y revelación a las personas autorizadas por la ley estatal y a esta notificación de privacidad.

**Derechos individuales:**

■ **Acceso:** Tendrá derecho a ver u obtener copias de la información protegida sobre su salud contenida en un archivo asignado, con limitadas excepciones. Podrá solicitarnos que se le entreguen copias en otro formato que no sean fotocopias. Utilizaremos el formato solicitado a menos que existan razones que nos impidan hacerlo. Podrá solicitar acceso enviando una carta a la dirección de Care Improvement Plus que aparece al final de esta notificación. Si solicita copias, le cobraremos una tarifa razonable por cada página y por el franqueo, si desea que dichas copias se le envíen por correo. Si solicita otro

formato, podemos cobrarle una tarifa basada en el costo que representa proveerle esa información en el formato especificado. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de la información protegida sobre su salud, posiblemente sujeto al cargo correspondiente.

En determinadas y limitadas circunstancias, es posible que deneguemos su solicitud de consultar y copiar la información protegida sobre su salud. Y, en ciertas situaciones, nuestra decisión será irrevocable. Si esto ocurriera, le informaremos en nuestra denegación que la decisión es irrevocable. Si se le negara el acceso a su información y esa denegación no fuera irrevocable, usted puede solicitar una revisión. En tal caso, un profesional autorizado de la atención de la salud elegido por nosotros revisará su solicitud y la denegación. La persona encargada de esta tarea no será la misma que rechazó su solicitud original.

■ **Informe de los casos de revelación:** Tiene derecho a solicitar y recibir un informe de nuestras revelaciones de su información médica que no autorizó específicamente, excepto cuando esas revelaciones se realicen por tratamiento, pago u operaciones de atención médica o cuando la ley restrinja el informe de alguna otra forma. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo, por responder a estos requerimientos adicionales.

Para pedir este informe, presente una solicitud escrita a la dirección de Care Improvement Plus que aparece al final de esta notificación. Díganos el período de tiempo que desea averiguar. Su solicitud puede incluir revelaciones hechas hasta seis años antes de la fecha de su solicitud.

■ **Solicitud de restricciones:** Tendrá el derecho de solicitar que se agreguen restricciones al uso o la revelación de la información protegida sobre su salud. No tenemos obligación de aceptar estas restricciones adicionales pero, si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia). Todo acuerdo que convengamos sobre una solicitud de restricciones adicionales deberá hacerse por escrito y estar firmado por una persona autorizada que nos represente. No seremos responsables de usos y revelaciones

hechos fuera de la restricción solicitada, a menos que el acuerdo sobre dicha restricción conste por escrito. Tendremos el derecho de dar por terminado nuestro acuerdo respecto de la restricción solicitada, si así se lo notificamos por escrito. La ley federal le permite limitar las revelaciones de información médica a sus familiares, otros parientes, amigos cercanos u otras personas identificadas por usted, si esa información está directamente relacionada con la intervención de esa persona en su atención médica o el pago relacionado con la atención de su salud.

Para pedir una restricción, presente una solicitud escrita en la dirección de Care Improvement Plus que aparece al final de esta notificación. En su solicitud, infórmenos: (1) qué datos desea limitar nuestro uso o revelación; y (2) de qué manera desea limitar el uso o la revelación de esa información.

■ **Comunicación confidencial:** Si cree que la revelación total o parcial de la información protegida sobre su salud puede ponerlo en peligro, tiene el derecho de pedirnos que nos comuniquemos con usted confidencialmente con referencia a su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que le enviemos la información por medios alternativos o a una dirección alternativa. Como parte de su solicitud, pedimos que especifique los medios o la dirección alternativa y el modo en que se manejarán los temas relacionados con el pago (primas y reclamos). Para pedir una comunicación confidencial, presente una solicitud escrita con la información que se presenta al final de esta notificación.

■ **Enmienda:** Tendrá el derecho de solicitar que se haga una enmienda en su información médica protegida. Deberá hacer la solicitud por escrito y en ella deberá explicar los motivos pertinentes. Es posible que rechacemos su solicitud si nosotros no generamos la información que desea corregir o por otras razones específicas. Si denegamos su solicitud, le explicaremos nuestros motivos por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo, que se adjuntará a la información que deseaba enmendar. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, haremos todo lo razonable para informar a otros (incluidas las personas que usted indique) sobre la enmienda y para incluir esas modificaciones en las revelaciones

de esa información que se hagan posteriormente.

■ **Violación:** Tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros, o uno de nuestros asociados empresariales, descubramos una violación en su información médica no protegida que presente un riesgo importante para usted. Se realizará una notificación de esa violación según los requisitos federales.

■ **Notificación electrónica:** Aun cuando acepte recibir esta notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), puede también recibir una copia en papel. Para obtener esta notificación por escrito, comuníquese con nosotros utilizando los datos que aparecen al final de esta notificación. Si la transmisión del correo electrónico ha fallado y Care Improvement Plus toma conocimiento de ello, le proporcionaremos una copia de la notificación en papel.

#### Casos de uso y revelación de la información financiera

#### Recopilación de información personal financiera

Es posible que reunamos información personal financiera de diversas fuentes, incluidas:

■ Información que usted incluya en las solicitudes de inscripción u otros formularios, como su nombre, dirección, número de seguro social, salario, edad y sexo.

■ Información sobre su relación con Care Improvement Plus, nuestras filiales y otros, como su póliza, primas y antecedentes de reclamaciones de pago.

■ Información como la anteriormente descrita, que obtengamos de cualquiera de nuestras filiales.

■ Información que recibamos sobre usted de otras fuentes, como su empleador, su proveedor, su agente de seguros y otros terceros.

■ Información que recibamos sobre usted al iniciar sesión en nuestro sitio web. A través de cookies, tenemos la posibilidad de rastrear cierta información, por ejemplo, podemos averiguar si los miembros han visitado el sitio web de Care Improvement Plus con anterioridad o el tiempo que los visitantes dedican a dicho sitio web. Estas cookies no recopilan datos personales que puedan identificarlo y no combinamos la información obtenida a través de las cookies

con otra información personal financiera para determinar la identidad de quienes visitan el sitio. No revelaremos las cookies a terceros.

### **Cómo se utiliza su información**

Utilizamos la información obtenida sobre usted para la evaluación de riesgos o la administración de una póliza o reclamación de seguro, o para otros fines permitidos por la ley. En ningún momento revelamos sus datos financieros a nadie fuera de Care Improvement Plus, a menos que contemos con su autorización o que la ley nos lo permita o exija. De acuerdo con las normas federales y estatales, contamos con dispositivos físicos, electrónicos y de procedimiento de seguridad para proteger su información.

Además, limitamos el acceso a sus datos financieros a aquellos empleados de Care Improvement Plus, socios comerciales, proveedores, administradores de los planes de beneficios, agentes de seguros, consultores y otros agentes que necesiten conocer esta información para realizar tareas para Care Improvement Plus o para proveerle a usted servicios o productos.

### **Revelación de su información financiera**

Con el objetivo de proteger su privacidad, también los terceros asociados o no a Care Improvement Plus están sujetos a estrictas leyes de privacidad. Las entidades asociadas son empresas que forman parte de la familia corporativa de Care Improvement Plus y pueden incluir administraciones por terceros, aseguradores médicos, aseguradores de atención a largo plazo y agencias de seguros. En determinadas situaciones relacionadas con nuestras transacciones de seguros, revelaremos su información personal financiera a algún tercero no asociado que nos ayude a ofrecerle sus servicios. Cuando revelamos información a estos terceros, les exigimos que acepten proteger sus datos financieros y utilizarlos solo para ese propósito determinado y que cumplan con todas las leyes pertinentes.

### **Modificaciones a nuestra política de seguridad**

Care Improvement Plus revisa sus políticas periódicamente y se reserva el derecho de introducir modificaciones. Si cambiamos la esencia de nuestra política de privacidad,

mantendremos nuestro compromiso de mantener su información financiera en privado: esa es nuestra máxima prioridad. Aun cuando usted ya no sea cliente de Care Improvement Plus, nuestra política de privacidad continuará protegiendo sus registros.

### **Preguntas y quejas**

Información sobre las prácticas de privacidad ejercidas por Care Improvement Plus. Puede solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Si desea más información sobre nuestras prácticas de seguridad u otras copias de esta notificación, o si tiene dudas o inquietudes, comuníquese con el número de Atención a Miembros que aparece en su tarjeta de identificación o con la Oficina de Privacidad de Care Improvement Plus (remítase a los datos provistos a continuación).

**Quejas:** Si piensa que no respetamos sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado respecto de sus derechos individuales, puede utilizar la información de contacto que se presenta al final de esta notificación para presentarnos una queja o presentarla ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS). Las quejas deben presentarse ante la Secretaría por escrito (impresas o electrónicas), deben identificar a Care Improvement Plus como la entidad acerca de la que se presenta la queja, deben describir la situación por la que surge la queja, y deben presentarse en el transcurso de los 180 días posteriores a la fecha en que la queja se conoció, o se debió haber conocido, del evento que generó la queja. Si lo solicita, le proporcionaremos los datos del contacto en el DHHS. Respetamos su derecho a proteger la privacidad de su información protegida sobre su salud y finanzas. No tomaremos ninguna represalia si decide presentar una queja en nuestras oficinas o ante el DHHS.

### **Información de contacto:**

Care Improvement Plus  
Compliance and HIPAA Department  
351 W. Camden Street, Suite 100  
Baltimore, Maryland 21201

Teléfono: 1-800-210-3312

Número de fax: 1-866-447-7868