

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

REVÍSELA CUIDADOSAMENTE. PARA NOSOTROS LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. THE PRIVACY OF YOUR MEDICAL INFORMATION IS IMPORTANT TO US.

Nuestra Promesa de Privacidad

Our Privacy Promise

Su información médica se mantendrá en forma confidencial. También le entregaremos la presente notificación acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos relacionados con su información médica. Seguiremos las prácticas de privacidad que describimos en la presente notificación mientras ésta esté vigente. La presente notificación entrará en vigencia a partir del 14 de abril de 2004. Su vigencia durará hasta que se la cambie o reemplace.

We will keep your medical information private. We will also give you this notice about our privacy practices, our legal duties and your rights concerning your medical information. We will follow the privacy practices that we describe in this notice while it is in effect. This notice takes effect April 14, 2004. It will remain in effect until it is changed or replaced.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y las cláusulas de la presente notificación en cualquier momento siempre que la ley lo permita. Nos reservamos el derecho de disponer la vigencia de estos cambios para toda la información médica que mantengamos, incluyendo información la médica que hayamos creado o recibido antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos la presente notificación y le enviaremos la nueva notificación cuando se produzca la modificación.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this notice at any time, as long as the law allows it. We reserve the right to make these changes effective for all medical information that we keep, including medical information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this notice and send the new notice to you at the time of the change.

Usted puede solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento o puede ver una copia en el sitio de Internet del administrador del plan en www.paisc.com. Vaya a Forms/HIPAA Privacy Forms

You may request a copy of our notice at any time or see a copy on the Plan Administrator's website at www.paisc.com. Please look under Forms/HIPAA Privacy Forms.

Uso y Divulgación de Información Médica

Uses and Disclosures of Medical Information

Podemos utilizar y divulgar su información médica para tratamiento, pago y operaciones de asistencia médica. Por ejemplo:

We may use and disclose medical information about you for treatment, payment and healthcare operations. For example:

Tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su información médica a un médico u otros profesionales de la salud para que puedan tratarlo.

Treatment: We may use and disclose your medical information to a physician or other healthcare professional so they can treat you.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para estas y otras actividades relacionadas:

Payment: We may use and disclose your medical information for these and other related activities:

- pagar solicitudes de médicos, hospitales y otros profesionales de la salud por servicios que usted recibió que estén cubiertos por su plan de salud
to pay claims from physicians, hospitals and other healthcare professionals for services you received that your health plan covers
- determinar si reúne los requisitos para obtener beneficios
to determine your eligibility for benefits
- coordinar esos beneficios
to coordinate those benefits
- determinar la necesidad médica
to determine medical necessity
- obtener primas
to obtain premiums
- proporcionar explicaciones sobre beneficios al empleado.
to issue explanations of benefits to the employee.

Podemos divulgar su información médica a un profesional de la salud o entidad de igual modo obligados por las leyes federales de privacidad para que puedan obtener un pago o dedicarse a actividades relacionadas con el pago.

We may disclose your medical information to a healthcare professional or entity also bound by the federal Privacy Rules so they can obtain payment or engage in payment activities.

Operaciones de Cuidado de la Salud: podemos utilizar y divulgar su información médica en el curso normal de nuestras operaciones de cuidado de la salud. Esto incluye:

Health Care Operations: We may use and disclose your medical information in the normal course of our health care operations. This includes:

- determinar nuestro riesgo y las primas para su plan de salud
determining our risk and premiums for your health plan
- evaluación de calidad y actividades de mejora
quality assessment and improvement activities
- revisar las calificaciones de profesionales de la salud; evaluar el rendimiento del médico y del proveedor; realizar programas de capacitación, actividades de acreditación, certificación, otorgamiento de licencias y credenciales.
reviewing the qualifications of healthcare professionals; evaluating practitioner and provider performance; conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities
- revisión médica, servicios legales y auditorías, incluyendo detección y cumplimiento de la ley de fraude y abuso
medical review, legal services and auditing, including fraud and abuse detection and compliance

- planeamiento y desarrollo comercial
business planning and development
- gestión comercial y actividades administrativas generales, incluyendo actividades de gestión relacionadas con la privacidad, el servicio al cliente, la resolución de quejas internas y la creación de información médica sin revelar la identidad del paciente o un grupo de datos limitado.
business management and general administrative activities, including management activities relating to privacy, customer service, resolving internal grievances, and creating de-identified information or a limited data set.

Podemos divulgar su información médica a otra entidad que esté relacionada con usted y que también esté obligada por las leyes federales de privacidad, para sus operaciones de asistencia médica en relación con la evaluación de calidad y las actividades de mejora, revisión de la competencia o de las calificaciones de los profesionales de la salud, o prevención o detección de fraude y abuso en la asistencia médica.

We may disclose your medical information to another entity that has a relationship with you and is also bound by the federal Privacy Rules, for their healthcare operations relating to quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, or detecting or preventing healthcare fraud and abuse.

Su Autorización: Usted puede otorgarnos una autorización escrita para utilizar su información médica o para divulgarla a cualquier persona por cualquier motivo. Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Esto no afectará ninguna utilización ni divulgación que haya sido permitida por su autorización mientras ésta estaba en vigencia. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica por ninguna razón a excepción de las que se describen en esta notificación.

Your Authorization: *You may give us written authorization to use your medical information or to disclose it to anyone for any purpose. You may revoke your authorization in writing at any time. This will not affect any uses and disclosures that your authorization allowed while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we will not use or disclose your medical information for any reason except those described in this notice.*

Su Familia y Amigos: Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarle con la asistencia médica o con el pago por su asistencia médica. Podemos utilizar o declarar su nombre, ubicación y condición general o muerte para notificar, o ayudar a notificar (incluyendo identificación o ubicación) a alguna persona involucrada en su asistencia.

Your Family and Friends: *We may disclose your medical information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare. We may use or disclose your name, location, and general condition or death to notify, or help notify (including identifying or locating) a person involved in your care.*

Antes de revelar su información médica a esa persona, le daremos la oportunidad de objetarlo. Si usted no estuviera disponible, o si estuviera incapacitado o en una situación de emergencia, divulgaremos su información médica basándonos en nuestro criterio profesional o en lo que consideremos mejor para usted.

Before we disclose your medical information to that person, we will give you a chance to object to us doing so. If you are not available, or if you are incapacitated or in an emergency situation, we will disclose your medical information based on our professional judgment of what we think would be in your best interest.

Su Empleador u Organización que Financie su Plan de Salud Grupal: Podemos divulgar su información médica y la de otros en su plan de salud grupal al empleador o al la organización que financie el plan para que puedan administrarlo. Vea el documento de su plan de salud grupal para una explicación completa del uso y divulgación que la entidad que financia el plan puede realizar de su información médica al administrar el plan.

Your Employer or Organization Sponsoring Your Group Health Plan: *We may disclose your medical information and that of others in your group health plan to the employer or other organization that sponsors it so they can administer the plan. Please see your group health plan document for a full explanation of the uses and disclosures that the plan sponsor may make of your medical information in providing plan administration.*

Podemos divulgar un resumen de información sobre aquellos en su plan de salud grupal a la entidad que financie el plan por dos razones. Una es para obtener ofertas superiores para la cobertura de salud ofrecida a través de su plan de salud grupal. La segunda es para decidir si se modifica, enmienda o termina su plan de salud grupal. El resumen de información que podemos divulgar incluye historial de solicitudes, gastos o tipos de solicitudes presentadas por las personas en su plan de salud grupal. El resumen de información no incluirá información

demográfica acerca de las personas en el plan de salud grupal, pero la entidad que financia el plan puede identificarlo a usted o a los demás por el resumen de información.

We may disclose summary information about those in your group health plan to the plan sponsor for two reasons. One is to get premium bids for the health insurance coverage offered through your group health plan. The second is to decide whether to modify, amend or terminate your group health plan. The summary information we may disclose summarizes claims history, claims expenses or types of claims those in your group health plan have filed. The summary information will not include demographic information about the people in the group health plan, but the plan sponsor may be able to identify you or others from the summary information.

Suscripción: Podemos recibir su información médica para la suscripción, tasación de primas u otras actividades que realicemos para crear, renovar o reemplazar un contrato de seguro de salud o beneficios de salud. No utilizaremos ni divulgaremos esta información médica por ningún otro motivo, excepto que fuera requerido por la ley, a menos que el contrato de seguro o beneficios de salud se realice con nosotros. En ese caso, el uso y divulgación de su información médica será según se describe en esta notificación.

Underwriting: *We may receive your medical information for underwriting, premium rating or other activities we do to create, renew or replace a contract of health insurance or health benefits. We will not use or further disclose this medical information for any other purpose, except as required by law, unless the contract of health insurance or health benefits is placed with us. In that case, our use and disclosure of your medical information will be as described in this notice.*

Ayuda en Catástrofes: Podemos utilizar o declarar su información médica a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por su estatuto para ayudar a socorrer en caso de catástrofes.

Disaster Relief: *We may use or disclose your medical information to a public or private entity authorized by law or by its charter to assist in disaster relief efforts.*

Beneficio Público: Podemos utilizar o divulgar su información médica según lo autoriza la ley por los siguientes motivos que son de interés o beneficio público:

Public Benefit: *We may use or disclose your medical information as authorized by law for the following purposes that are in the public interest or benefit:*

- cuando lo requiera la ley
as required by law
- para actividades de salud pública. Las mismas incluyen informe de enfermedades y estadísticas vitales, informe de abuso infantil, supervisión de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por su sigla en inglés) y a empleadores con respecto a enfermedades o lesiones laborales.
for public health activities. These include disease and vital statistic reporting, child abuse reporting, FDA oversight, and to employers regarding work-related illness or injury.
- para denunciar el abuso, abandono infantil o violencia doméstica.
to report adult abuse, neglect or domestic violence.
- a agencias de supervisión de la salud.
to health oversight agencies
- en respuesta a órdenes judiciales o administrativas y otros propósitos legales.
in response to court and administrative orders and other lawful processes
- a oficiales encargados del cumplimiento de la ley es respuesta a citaciones judiciales y otros procesos legales relativos a víctimas de delitos, muertes sospechosas, delitos en nuestras instalaciones, informe de delitos en emergencias y para identificar o localizar a un sospechoso u otra persona.
to law enforcement officials in response to subpoenas and other lawful processes concerning crime victims, suspicious deaths, crimes on our premises, reporting crimes in emergencies, and to identify or locate a suspect or other person
- a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.
to coroners, medical examiners and funeral direct
- a organizaciones de obtención de órganos
to organ procurement organizations
- para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad
to avert a serious threat to health or safety
- en relación con ciertas actividades de investigación
in connection with certain research activities

- a los oficiales militares y federales para actividades de inteligencia legal, contraespionaje y de seguridad nacional.
to the military and to federal officials for lawful intelligence, counterintelligence and national security activities
- a instituciones correccionales con relación a sus prisioneros.
to correction institutions regarding inmates
- según autorizan las leyes de compensación a los trabajadores del estado.
as authorized by state workers' compensation laws.

Servicios Relativos a la Salud. Podemos usar su información médica para contactarlo sobre los beneficios y servicios o tratamientos alternativos. Podemos divulgar su información médica a un socio comercial para que nos asista con estas actividades.

Health-Related Services. *We may use your medical information to contact you about health-related benefits and services or about treatment alternatives. We may disclose your medical information to a business associate to assist us in these activities.*

Marketing. Podemos usar o divulgar su información médica para alentarlo a comprar o utilizar un producto o servicio en una comunicación en persona o brindarle regalos promocionales.

Marketing. *We may use or disclose your medical information to encourage you to purchase or use a product or service by face-to-face communication or to provide you with promotional gifts.*

Derechos Individuales

Individual Rights

Acceso: Usted tiene el derecho a leer u obtener copias de su información médica, con algunas excepciones. Usted puede solicitar que le otorguemos copias en un formato que no sea el de la fotocopia. Usaremos el formato que nos solicite a menos que no sea práctico hacerlo de esa manera. Para obtener su información médica, debe solicitarlo por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto listada al final de su notificación. Si solicita copias, le cobraremos \$0.50 por cada página y por el tiempo que el personal invierta en imprimirle su información médica. Además le cobraremos el gasto de envío si usted desea que le enviemos las copias por correo. Si solicita otro formato, le cobraremos honorarios basándonos en el costo de proveerle la información médica en ese formato. Contáctenos usando la información listada al final de esta notificación para obtener información sobre nuestros honorarios.

Access: *You have the right to look at or get copies of your medical information, with some exceptions. You may request that we provide copies in a format other than photocopies. We will use the format you request unless it is not practical to do so. To get your medical information, you must make a request in writing. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this notice. If you request copies, we will charge you \$0.50 for each page and for staff time to copy your medical information. We also will charge for postage if you want us to mail the copies to you. If you request another format, we will charge a cost-based fee for providing your medical information in that format. Contact us using the information listed at the end of this notice for a full explanation of our fees.*

Detalles de la Divulgación de Información: Usted tiene derecho a solicitar por escrito la recepción de una lista de las instancias en las que nosotros o nuestros socios comerciales revelemos su información médica por propósitos que no sean el tratamiento, pago, operaciones de asistencia médica según su autorización y por otras actividades el 14 de abril de 2003 o después de dicha fecha. Le daremos la fecha en la que dimos a conocer la información, el nombre de la persona o entidad a quien revelamos su información médica, una descripción de la información médica que dimos a conocer, la razón por la que la revelamos y otro tipo de información. Si usted solicita estos detalles más de una vez en un periodo de 12 meses, le cobraremos un honorario razonable, basándonos en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Contáctenos usando la información listada al final de esta notificación para obtener información sobre nuestros honorarios.

Disclosure Accounting: *You have the right to request in writing to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your medical information for purposes other than treatment, payment, healthcare operations, as authorized by you, and for certain other activities, on or after April 14, 2003. We will give you the date on which we made the disclosure, the name of the person or entity to whom we disclosed your medical*

information, a description of the medical information we disclosed, the reason for the disclosure, and certain other information. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests. Contact us using the information listed at the end of this notice for a full explanation of our fees.

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar por escrito que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información médica. No es obligación que accedamos a sus restricciones adicionales, pero si lo hacemos, respetaremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencias). Cualquier acuerdo para respetar restricciones adicionales debe realizarse por escrito y debe estar firmado por la persona autorizada a realizar dicho acuerdo por nosotros. A menos que el acuerdo se realice por escrito, no estaremos obligados a cumplirlo.

Restriction: You have the right to request in writing that we place additional restrictions on our use or disclosure of your medical information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by our agreement (except in an emergency). Any agreement to additional restrictions must be in writing signed by a person authorized to make such an agreement for us. We will not be bound unless our agreement is in writing.

Comunicaciones Confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por otros medios u a otros lugares. Debe solicitarlo por escrito. Debe expresar que la información podría ponerlo en peligro si no se lo comunicamos a usted mismo en forma confidencial como usted lo solicitó. Nosotros debemos acceder a su solicitud si es razonable, si especifica los otros medios o los otros lugares y si nos permite continuar cobrando primas y pagando solicitudes según su plan de salud. Esto incluye el envío de explicaciones de beneficios al [subscriber] de su plan de salud.

Confidential Communications: You have the right to request that we communicate with you about your medical information by other means or to other locations. You must make your request in writing. You must state that the information could endanger you if we do not communicate to you in confidence as you request. We must accommodate your request if it is reasonable, if it specifies the other means or location, and if it permits us to continue to collect premiums and pay claims under your health plan. This includes sending explanations of benefits to the [subscriber] of your health plan.

Aunque haya solicitado que nos comuniquemos con usted sobre su asistencia médica de manera confidencial, una explicación de beneficios emitida a [nombre del asegurado] por asistencia médica que usted haya recibido (por los que no haya solicitado comunicaciones confidenciales), o sobre el empleado u otras personas cubiertas por el plan de salud del que usted participa, pueden contener información suficiente, tal como montos deducibles y máximos en efectivo, como para revelar que usted obtuvo asistencia médica por la que nosotros pagamos.

Even though you requested that we communicate with you about that health care in confidence, an explanation of benefits issued to the [named insured] for health care that you received (for which you did not request confidential communications), or about the employee or others covered by the health plan in which you participate, may contain sufficient information, such as deductible and out-of-pocket amounts, to reveal that you obtained healthcare for which we paid.

No estaremos obligados a respetar su solicitud de comunicaciones confidenciales a menos que haya un acuerdo por escrito.

We will not be bound to your confidential communications request unless our agreement is in writing.

Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar por qué debemos corregir la información. Podemos rechazar su solicitud en caso de que nosotros no hayamos creado la información que usted desea corregir y la persona o entidad que realmente la creó esté disponible o bien podemos rechazar su solicitud por otras razones. Si nos negáramos a cumplir con su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración en la que exprese su desacuerdo que será adjuntada a la información que usted deseaba enmendar. Si aceptáramos su solicitud de enmienda, haremos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo a las personas que usted mencione, sobre la enmienda y para incluir los cambios en cualquier futura divulgación de dicha información.

Amendment: You have the right to request that we amend your medical information. Your request must be in writing. It must explain why we should amend the information. We may deny your request if we did not create the information you want amended and the person or entity that did create it is available or we may deny your request for certain other reasons. If we deny your request, we will send you a written explanation. You may respond with a statement of disagreement that we will add to the information you wanted to amend. If we accept your request to

amend the information, we will make reasonable efforts to inform others, including people you name, of the amendment and to include the changes in any future disclosures of that information.

Notificación Electrónica: Si usted recibió esta notificación en nuestro sitio de Internet o por correo electrónico (e-mail), puede solicitar esta notificación impresa. Por favor contáctenos usando la información listada al final de esta notificación para solicitar esta notificación de manera impresa.

Electronic Notice: If you receive this notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you may request this notice in written form. Please contact us using the information listed at the end of this notice to request this notice in written form.

Preguntas y quejas

Questions and Complaints

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, por favor contáctenos usando la información que encontrará más adelante.

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us using the information below.

Si usted piensa que pudimos haber violado su derecho a la privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus derechos a la privacidad, puede hacérselo saber usando la información de contacto listada a continuación. Usted puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Podemos darle la dirección si la solicita.

If you think that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about your privacy rights, you may tell us using the contact information listed below. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We can give you that address upon request.

Defendemos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalia alguna si usted decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

We support your right to the privacy of your medical information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

Información de contacto

Contact Information

Oficial de Privacidad: Planned Administrators, Inc.

Privacy Official: Planned Administrators, Inc.

Suzanne Miller, Directo de Operaciones de Soporte (803) 462-3139 o 1-800-768-4375 int. 3139

Suzanne Miller, Director of Support Operations (803) 462-3139 or 1-800-768-4375 ext. 3139

Amoy C. Huggins, Gerente, Recuperacion y Conformidad (803) 462-3107 o 1-800-768-4375 int. 3107

Amoy C. Huggins, Manager, Recovery & Compliance (803) 462-3107 or 1-800-768-4375 ext 3107

8906 Two Notch Road Suite 200, Columbia, SC 29223

Fax: 803-264-6229

Oficial de Privacidad Corporativo: Por favor, refiérase al resumen de descripción del plan o contáctese con su Oficina de Recursos Humanos.

Corporate Privacy Officer: Please refer to summary plan description or contact your Human Resources office.