

## DECLARACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

ESTA DECLARACIÓN DESCRIBE EN QUÉ MANERA SE PUEDE USAR Y DAR A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN USTED.

POR FAVOR, LÉALA CON ATENCIÓN. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

---

### Nuestra promesa sobre la privacidad

Mantendremos la privacidad de su información médica. También le informaremos sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras responsabilidades legales y sus derechos relacionados a su información médica. Seguiremos las prácticas de privacidad que se describen en esta declaración, mientras está en efecto. Esta declaración entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y seguirá en vigor hasta que sea modificada o reemplazada.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta declaración en cualquier momento, mientras las leyes lo permitan. Nos reservamos el derecho a aplicar estos cambios a toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información médica que creamos o recibimos antes de que hiciéramos los cambios. Antes de hacer cambios grandes a nuestras prácticas de privacidad, actualizaremos esta declaración y le enviaremos la nueva declaración al momento del cambio.

Usted puede solicitar una copia de esta declaración en cualquier momento o puede verla en nuestra página de internet, [www.paisc.com](http://www.paisc.com).

---

### Uso y revelación de la información médica

#### Tratamiento, pago y operaciones de la atención médica

Podríamos usar y revelar su información médica para el tratamiento, el pago y las operaciones de la atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: podríamos revelar su información médica a un doctor o a otro profesional de atención médica para que le den tratamiento a usted.

Pago: podríamos usar y revelar su información médica para estas actividades y otras relacionadas:

- Para pagar los reclamos de doctores, hospitales y otros profesionales por los servicios que usted recibió y que están cubiertos por su plan de salud.
- Para determinar si es elegible para los beneficios.
- Para coordinar esos beneficios.
- Para determinar las necesidades médicas.
- Para obtener las primas.
- Para dar explicaciones sobre los beneficios a las personas aseguradas.

También podríamos revelar su información médica a la entidad o profesional de atención médica, respetando los reglamentos federales de privacidad, para que puedan recibir pagos o participar en estas actividades de pago.

Operaciones de atención médica: Podríamos usar y/o revelar su información médica durante el curso normal a nuestras operaciones de atención médica. Esto incluye:

- Determinar nuestros riesgos y las primas de su plan de salud.
- Actividades de evaluación y mejora de la calidad.
- Revisar las calificaciones de los profesionales de atención médica; evaluar el desempeño de los profesionales y los proveedores; realizar programas de entrenamiento; actividades de acreditación, certificación, licencia y otorgación de credenciales.
- Revisiones médicas, servicios legales y auditoría, incluyendo programas de detección de abusos y fraude y cumplimiento de los reglamentos.
- Desarrollo y planificación del negocio.
- Actividades administrativas generales y de manejo del negocio, incluyendo actividades de administración relacionadas a la privacidad, el servicio al cliente, las quejas internas y la creación de información desprovista de identificación o de un conjunto limitado de datos.

Podríamos revelar su información médica a otra entidad, que tenga relación con usted y que respete los reglamentos federales de privacidad, para sus operaciones de atención médica relacionadas a actividades de evaluación y mejora de la calidad, a revisar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, o a detectar y prevenir el abuso y el fraude en la atención médica.

### **Su autorización**

Puede darnos su autorización por escrito para usar su información médica o para divulgarla a terceros para los propósitos que éstos quieran darle. Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, esto no afectará los usos y las revelaciones hechas mientras su autorización estaba en vigor. Si no nos da su autorización por escrito, no podremos usar ni revelar su información médica por ninguna razón, excepto las que se describen en esta declaración.

### **Su familia y sus amigos**

También podríamos divulgar a un pariente, amigo u otra persona la información médica que sea necesaria para ayudarles a darle atención médica o a pagar ésta. También podríamos usar o divulgar su nombre, su ubicación y su estado de salud o su muerte para notificar, ayudar a notificar (incluyendo identificar y la localizar) a la persona encargada de darle atención médica.

Antes de divulgar su información médica a esa persona, le daremos a usted la oportunidad de que se oponga a que lo hagamos. Si usted no está disponible, o si está incapacitado o es una emergencia, divulgaremos su información médica basándonos en nuestro criterio profesional para determinar si es en su mejor interés.

### **Su empleador o la organización que patrocina su plan de salud de grupo**

Podríamos divulgar su información médica y la de las personas del plan de salud de grupo al empleador y a las organizaciones que patrocinan su plan. Lea los documentos del plan de salud de grupo, en donde hallará una explicación completa de los usos y las divulgaciones que el patrocinador del plan podría dar a su información médica al administrar el plan.

Podríamos divulgar información sumaria sobre los participantes del plan de salud de grupo al patrocinador del plan por dos razones. La primera es conseguir propuestas sobre las primas de la cobertura del seguro de su plan de salud de grupo. La segunda es decidir si se debe modificar, enmendar o terminar el plan de salud de grupo. La información sumaria que podríamos divulgar contiene un resumen del historial de reclamos, gastos de los reclamos y tipos de reclamos de los miembros del plan de salud de grupo. La información sumaria no incluye información demográfica de los participantes del plan de salud de grupo, pero su empleador o el patrocinador del plan podrían identificarlo a usted y a otras personas basándose en la información sumaria.

### **Avales**

Podríamos recibir su información médica para conseguir avales, pagos de primas y otras actividades que hacemos para crear, renovar o reemplazar un contrato de seguro de salud o de beneficios de salud. No usaremos ni divulgaremos esta información médica para ningún otro propósito, excepto si lo requiere la ley, a menos que se nos asigne el contrato de seguro de salud o de beneficios de salud. En ese caso, usaremos y divulgaremos su información médica tal como se describe en esta declaración.

### **Ayuda en caso de desastres**

Podríamos usar o revelar su información médica a entidades públicas y privadas autorizadas por la ley o por su matriz para ayudar en caso de desastres.

## **Beneficios públicos**

Podríamos usar o revelar su información médica si lo autoriza la ley para los siguientes propósitos en beneficio o interés público:

- Cuando lo requiera la ley.
- Para actividades relacionadas con la salud pública. Entre ellas están el reporte de estadísticas vitales y enfermedades, el reporte de abuso infantil, las fallas de la FDA y el reporte a los empleadores de lesiones y enfermedad relacionadas con el trabajo.
- Para reportar abuso a adultos, descuido o violencia doméstica.
- Para monitorear fallas de las agencias de salud.
- Como respuesta a órdenes administrativas y de la corte y otros procesos legales.
- A los representantes de la ley como respuesta a citaciones u otros procesos legales relacionados con víctimas de delitos, muertes sospechosas, delitos cometidos en nuestras propiedades, reportes de delitos en situaciones de emergencia y para identificar o buscar a un sospechoso o a otra persona.
- A los médicos y oficiales encargados de investigar muertes sospechosas y a los directores de funerarias.
- A organizaciones para la donación de órganos.
- Para combatir peligros graves a la salud o a la seguridad.
- Para ciertas actividades de investigación.
- A militares y oficiales federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional.
- A instituciones correccionales, sobre los prisioneros.
- En los casos autorizados por las leyes estatales de compensación a los empleados.

## **Servicios relacionados con la salud**

Podríamos usar su información médica para contactarlo por cuestiones de servicios y beneficios relacionados con la salud, o para discutir alternativas a los tratamientos. Podríamos revelar su información médica a un asociado de negocios para que nos ayude en estas actividades.

## **Márketing**

Podríamos usar o revelar su información médica para alentarle a comprar o usar un producto o un servicio en una comunicación cara a cara o para darle obsequios promocionales a un valor nominal.

---

## **Derechos individuales**

### **Acceso**

Usted tiene el derecho a mirar su información médica y recibir copias de ella, con algunas excepciones. Puede pedir copias en formatos diferentes a las fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que no sea práctico hacerlo. Para recibir su información médica, debe presentar una solicitud por escrito. Si pide copias, se le cobrará \$0.50 por cada página y el tiempo que el personal invierta en copiar su información médica. También le cobraremos el franqueo si desea que le enviemos por correo las copias. Si pide otro formato, le cobraremos una cuota por darle su información médica en ese formato. Si desea una explicación de las cuotas, contáctenos usando la información que está al final de esta declaración.

### **Lista de los datos divulgados**

Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, una lista de las situaciones en las que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su información médica para cuestiones que no están relacionadas al tratamiento, pago y operaciones de atención médica, que usted autorizó, y para otras actividades a partir del 14 de abril de 2003. Le daremos la fecha en la que hicimos la divulgación, el nombre de la persona o la entidad a la que divulgamos su información médica, una descripción de la información médica que divulgamos, la razón de la divulgación y otra información específica. Si pide esta lista más de una vez en 12 meses, le cobraremos una cuota razonable para satisfacer su petición. Si desea una explicación de las cuotas, contáctenos usando la información que está al final de esta declaración.

### **Restricciones**

Tiene derecho a solicitar, por escrito, que pongamos más restricciones al uso o divulgación de su información médica. No tenemos la obligación de aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, respetaremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia). Todos los acuerdos sobre restricciones adicionales se deben

presentar por escrito y los debe firmar una persona autorizada para ellos. No estamos obligados a respetar los acuerdos a menos de que se hagan por escrito.

### **Comunicación confidencial**

Usted tiene el derecho a solicitar que le enviemos su información médica por otros medios o a otros lugares. Pero debe hacer la solicitud por escrito. Debe declarar que la información lo pondría en peligro si no se la comunicamos en confidencia, como usted lo pide. Cumpliremos su petición si es razonable, especifica los medios o lugares alternativos, y nos permite seguirle deduciendo las primas y pagando los reclamos de su plan de salud. Esto incluye enviar la explicación de los beneficios a los asegurados (suscriptores) de su plan de salud.

Aunque usted haya solicitado que nos comunicáramos confidencialmente con usted sobre su atención médica, la explicación de beneficios enviada a las personas aseguradas en el plan de atención médica (para la que no pidió comunicación confidencial), o sobre los empleados o las personas cubiertas por el plan médico en el que usted participa, podrían contener suficiente información, por ejemplo el deducible y los pagos de su bolsillo, que podrían revelar el plan médico que usted está pagando.

No estamos obligados a cumplir su solicitud de comunicación confidencial a menos de que la haga por escrito.

### **Enmiendas**

Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, que hagamos enmiendas a su información médica. Pero debe hacer la solicitud por escrito. Debe explicar por qué debemos enmendar la información. Podríamos negar su solicitud si no creamos la información que desea enmendar y la persona o la entidad que la creó no están disponibles, o por otras razones específicas. Si negamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de inconformidad, que anexaremos a la información que deseaba enmendar. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, haremos los esfuerzos razonables de informar a otras personas, incluyendo a quienes usted indique, sobre la enmienda, y de incluir los cambios a las divulgaciones de esta información que hagamos en el futuro.

### **Notificaciones electrónicas**

Si recibe esta notificación en nuestra página de internet o por e-mail, puede pedir que se la envíen por escrito. Para pedirla por escrito, contáctenos usando la información que está al final de este documento.

---

### **Preguntas y quejas**

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas, contáctenos usando la siguiente información.

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado acerca de ellos, nos lo puede decir usando la información para comunicación que aparece abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS). Si lo pide, le daremos su dirección.

Respaldamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tendremos ninguna represalia contra usted si decide enviarnos una queja a nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS).

### **Información para comunicación**

**Oficial de la privacidad:** Suzanne Miller, Compliance Officer, Planned Administrators, Inc.

**Teléfono:** 1(803)462-3139, Línea gratis: 1(800)768-4375 ext. 3139

**Dirección:** P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260

**Fax:** 1(803)264-6229

**Oficial corporativo de la privacidad:** Consulte el Resumen de descripción del plan o llame a la oficina de Recursos Humanos.