



BlueCross BlueShield of Western New York

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

### **Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA**

La fecha efectiva original de esta notificación fue el April 14, 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra al final de esta notificación.

**Lea con atención esta notificación. Esta le informa quién puede ver su Información médica protegida (PHI). Le dice cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla. Le dice cuándo podemos compartirla sin su autorización. También le dice qué derechos tiene para ver y cambiar su información.**

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener seguro este tipo de información, llamada PHI, para nuestros miembros. Esto significa que, si es un miembro en este momento o solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Children's Health Insurance Program después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus doctores, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos aceptar y pagar por su cuidado de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
  - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos
  - Destruimos el papel con información médica de modo que otros no puedan tener acceso a ella
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
  - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a ella
  - Usamos programas especiales para proteger nuestros sistemas
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, doctores o el estado, nosotros:
  - Hacemos reglas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
  - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las reglas

### **¿Cuándo está bien para nosotros usar y compartir su PHI?**

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda a o paga su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su aprobación:

- **Para su cuidado médico**
  - Para ayudar a los doctores, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita

- **Para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento**
  - Para compartir información con los doctores, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
  - Cuando decimos que pagaremos por su cuidado de la salud o servicios antes de que se los brinden
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, al igual que dar su PHI a mercados de información médica para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite [www.bcbswny.com/stateplans](http://www.bcbswny.com/stateplans) para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de la salud**
  - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por razones de salud pública**
  - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su cuidado**
  - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien
  - Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su aprobación por escrito antes que usemos o compartamos su PHI para toda cosa, salvo para su cuidado, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su aprobación por escrito antes que compartamos notas de psicoterapia de su doctor sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su aprobación escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su aprobación. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

**Otras formas en las que podemos — o la ley dice que tenemos que — usar su PHI:**

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y negligencia
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Dar información a compensación de trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

### **¿Cuáles son sus derechos?**

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de ésta. Aunque, nosotros no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su doctor o la clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a diferentes direcciones de las que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos en todo momento durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a cuidado de la salud, pago, actividades diarias de cuidado de la salud o algunas otras razones que no listamos aquí.
- Puede pedirnos una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si pidió esta por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su doctor que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

### **¿Qué tenemos que hacer?**

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en esta notificación.
- Debemos decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en esta notificación.
- Debemos enviarles su PHI a algunas otras direcciones o enviarla en una forma diferente del correo regular si lo pide por razones que tienen sentido, tal como si está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que hemos dicho aquí, seguiremos esas leyes.
- Tenemos que informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

### **Podemos ponernos en contacto con usted**

Nosotros, junto con nuestros socios y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley estadounidense de protección al usuario de servicios telefónicos (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. También puede llamar al 1-844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “No llamar”.

### **¿Qué pasa si tiene preguntas?**

Si tiene preguntas sobre nuestras reglas de privacidad o desea usar sus derechos, llame a Servicios al Miembro al 1-866-231-0847 (TTY 711).

### **¿Qué pasa si tiene un reclamo?**

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios al Miembro o contactarse con el Department of Social Services. No pasará nada malo si usted reclama.

### **Escriba o llame al Department of Health and Human Services:**

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

Jacob Javits Federal Building

26 Federal Plaza, Suite 3312

New York, NY 10278

Teléfono: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697

Fax: 212-264-3039

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También las publicamos en el sitio web en [www.bcbswny.com/stateplans](http://www.bcbswny.com/stateplans).

### **Raza, origen étnico e idioma**

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia de Medicaid del estado y el Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información según lo descrito en esta notificación.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita
- Crear programas para mejorar resultados de salud
- Desarrollar y enviar información de educación sobre la salud
- Informar a los doctores acerca de sus necesidades de idioma
- Proporcionar servicios de traductor

**No** usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar beneficios
- Divulgar información a usuarios no aprobados

### **Su información personal**

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en esta notificación. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
  - Salud
  - Hábitos
  - Pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
  - Doctores
  - Hospitales
  - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- Se lo haremos saber antes de hacer cualquier cosa, en donde tenemos que darle la oportunidad para que diga que no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

**[www.bcbswny.com/stateplans](http://www.bcbswny.com/stateplans)**

Amerigroup Partnership Plan, LLC proporciona servicios de administración para Medicaid administrado de BlueCross BlueShield of Western New York. Una división de HealthNow New York Inc., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Revisada el 20 de noviembre de 2017