

Aviso de prácticas de privacidad



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

También hay una sección de privacidad en nuestra Evidencia de cobertura en el Capítulo 8.

Sus derechos

Quando se trata de su información de salud, Tienes ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
 - Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
-

Pídanos que corriamos los registros de salud y reclamos

- Puede pedirnos que corriamos sus registros de salud y reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
 - Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.
-

Solicitar comunicaciónes confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
 - Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.
-

**Pídanos que
limitemos lo
que usamos o
compartimos**

- Puede pedirnos **que no** usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.

**Obtenga una lista
de aquellos
con quienes
Hemos
compartido
información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y la atención médica operaciones y ciertas otras divulgaciones (como las que nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

**Obtenga una
copia de este
aviso de
privacidad**

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

**Elige a alguien
que actúe por ti**

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
 - Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
-

**Presente una
queja si cree
que su
derechos son
Violado**

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la última página.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a:
 - 200 Avenida Independencia, SW,
 - Washington, D.C. 20201,
 - llamando al 1-877-696-6775
 - visitando
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/quejas/
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede informarnos sus elecciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho y elección de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgación

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe	Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.	Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.
Dirigir nuestra organización	Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.	Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.
Paga tus servicios de salud	Podemos usar y divulgar su información médica a medida que pagamos sus servicios de salud.	Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.
Administre su plan	Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.	Ejemplo: Su compañía contrata con nosotros para proporcionar un plan de salud, y le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación.

Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, véase:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayudar con los retiros de productos
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
-

Investiga

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
-

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que cumplimos con la ley federal de privacidad.
-

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
 - Para reclamos de compensación laboral
 - Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
 - Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, véase:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido y en el sitio web. Si desea que le enviemos una copia por correo, háganoslo saber.

Elite Health Plan
P.O. Box 1489
Orange, CA 92856

O llámenos al: **1-800-958-1129 (TTY – 711)**

Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos abiertos los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.

Elite Health Plan, Inc. tiene un contrato con Medicare Advantage Prescription Drug Plan con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. La inscripción en Elite Health Plan depende de la renovación anual del contrato.