

Health Choice Generations (HMO D-SNP)

Aviso de prácticas de privacidad



En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Este aviso describe el modo en que se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

Revíselo con atención.

Health Choice Generations (HMO D-SNP)

410 N. 44th St, Suite 900

Phoenix, AZ 85008

Teléfono: 1-800-656-8991 | TTY: 711 | www.HealthChoiceGenAZ.com

Health Choice Generations (HMO D-SNP) (Health Choice Generations) es su plan de necesidades especiales de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MA-PD).

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica. Este aviso describe el modo en que manejamos y protegemos su información médica. Este aviso también le explica sus derechos con respecto a su información médica. Revise este aviso con atención.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

PARA TRATAMIENTO No brindamos tratamiento. Sin embargo, podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras u otro personal del hospital involucrado en el cuidado de usted. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con sus proveedores de atención médica para permitirles coordinar su tratamiento.

PARA PAGO Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que los proveedores que le brindan tratamiento y servicios reciban su pago. Entre los ejemplos de actividades de pago se incluyen: facturación, manejo de reclamos y otras funciones administrativas relacionadas.

PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para dirigir (Health Choice Generations) y asegurarnos de que usted y las demás personas que cubrimos reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar el tratamiento y los servicios que presta un proveedor para evaluar el desempeño del proveedor.

CUANDO LO EXIJA LA LEY Divulgaremos información médica

sobre usted si son necesarios usos o divulgaciones para cumplir con la ley.

ESCRITURA Podemos usar y divulgar su información médica para suscripción. Sin embargo, la ley federal nos prohíbe usar su información genética para fines de suscripción.

PARA PREVENIR UNA AMENAZA GRAVE PARA LA SALUD O LA SEGURIDAD Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público o de otra persona. Toda divulgación se limitaría a la divulgación a una persona que sea capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE SALUD Podemos divulgar información médica a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) u otra agencia de supervisión de salud para las actividades que autorice la ley. Estas podrían incluir auditorías, investigaciones e inspecciones para revisar el sistema de atención médica y el modo en que recibe atención médica.

BENEFICIOS O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD De vez en cuando es posible que usemos y divulguemos su información médica para poder contarle sobre los beneficios o servicios que tiene disponibles. Esto puede incluir comunicaciones sobre nuestra variedad de productos o servicios relacionados con la salud, como nuestro plan de Medicaid para el que podría ser elegible.

DEMANDAS LEGALES Y CONTROVERSIA Podemos divulgar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o una orden administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal.

ORDEN PÚBLICO Podemos divulgar información médica a ofi-

ciales del orden público en determinadas circunstancias o según lo exija la ley, incluidas las siguientes circunstancias:

- En respuesta a una orden judicial, citación, mandamiento judicial, notificación de una citación, solicitud administrativa o proceso similar.
- En casos de emergencia, para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

ASOCIADOS COMERCIALES: Podemos usar o divulgar su información médica a asociados comerciales que llevan a cabo diversas actividades, tal como servicios de contabilidad o administrativos, en nuestro nombre.

NOTIFICACIONES Y PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN MÉDICA: Podemos usar o divulgar su información médica a los efectos de coordinar los servicios de apoyo ante catástrofes y para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención. Podemos divulgar información médica sobre usted a personas ajenas a Health Choice Generations que participen en su atención médica, como familiares u otras personas si la información médica es directamente relevante para la participación de dicha persona en la atención médica de la persona o para el pago relacionado con la atención médica o se necesita por motivos de notificación.

INVESTIGACIÓN: Podemos usar y divulgar su información médica con fines de investigación.

MÉDICOS FORENSES, DIRECTORES DE FUNERARIAS Y EXAMINADORES MÉDICOS: Podemos divulgar información médica a médicos forenses, directores de funerarias y examinadores médicos de conformidad con la ley aplicable.

DONACIONES DE ÓRGANOS, OJOS O TEJIDOS: Podemos usar o divulgar información médica a organizaciones para la obtención de órganos u otras entidades que participen en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos cadavéricos a los efectos de facilitar la donación y el trasplante.

RECLUSOS: Podemos divulgar su información médica a una institución correccional o a un oficial del orden público si usted es un recluso o se encuentra bajo la custodia legal de un oficial del orden público.

LEYES ESTATALES U OTRAS LEYES: Podemos usar o divulgar información sobre el tratamiento del abuso de sustancias de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, como el Título 42, Código de Regulaciones Federales, Parte 2. Seguiremos los estatutos estatales con respecto a la Información del seguro y la Protección de la privacidad, Pruebas genéticas, Procedimientos de seguro relacionados con Información sobre el VIH y

otras leyes aplicables que pueden proporcionar protecciones de privacidad adicionales.

CUÁNDO SE REQUIERE SU PERMISO POR ESCRITO (AUTORIZACIÓN) PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Obtendremos su permiso por escrito antes del uso o la divulgación de su información médica siempre que la ley no nos permita hacerlo sin su permiso y para un propósito distinto de los que se enumeran más arriba. Por ejemplo, la ley nos exige obtener su permiso para los siguientes tipos de información médica y propósitos:

- Notas de psicoterapia: Si nosotros tenemos dichas notas, realizaremos determinados usos o divulgaciones de estas notas a otras personas solo si contamos con su permiso.
- Con fines de comercialización.
- Para la venta de su información médica.

Si usted nos proporciona su permiso por escrito para usar o divulgar información médica sobre usted, usted puede revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento, pero dicha revocación no tendrá efecto con respecto a las acciones que ya hayamos realizado confiando en su permiso o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura del seguro y otra ley nos proporciona el derecho a contestar un reclamo en virtud de la póliza o la póliza propiamente dicha. Si usted revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por los motivos que indique su autorización por escrito. No podemos proteger la información que ya se haya divulgado sin su permiso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

DERECHO A CONSULTAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Tiene derecho a consultar y copiar información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención médica, lo que incluye la revisión de solicitudes de tratamiento y reclamos de sus médicos. Por lo general, esto incluye una copia impresa o electrónica de sus registros o de las facturas que los proveedores nos envían. Si usted desea solicitar una copia, escriba a nuestro Director de Privacidad a la dirección que figura al final de este aviso. Podemos cobrarle una tarifa por nuestros costos postales, de mano de obra y de suministros para crear la copia. En ocasiones puede suceder que deneguemos su solicitud de consultar o copiar su información médica. Si eso sucede, tiene derecho a presentar una solicitud por escrito y pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar su solicitud.

DERECHO A CORREGIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Si considera que su información médica es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que cambiemos dicha información. Para solicitarnos que cambiemos su información, escriba a nuestro Director de Privacidad a la dirección que figura al final de este aviso. Díga-

nos de forma clara qué información desea cambiar. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos el motivo de la denegación.

En el caso de información médica creada por su proveedor de atención médica (a saber, médico, hospital, clínica, etc.), envíe una solicitud para cambiar su información directamente a dicha persona o entidad.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos o limitemos el modo en que usamos o divulgamos su información médica para tratamiento, pago u operaciones. Por ejemplo, puede solicitarnos que no divulguemos que se ha realizado una cirugía o tratamiento en particular. También puede solicitarnos que restrinjamos la divulgación de su información médica a familiares o amigos que participen en su atención. Para solicitarnos que restrinjamos su información, escriba a nuestro Director de Privacidad a la dirección que figura al final de este aviso. Tenga a bien indicarnos: qué información desea limitar; si desea que limitemos su uso, divulgación o ambos; y a quién desea que se apliquen los límites.

No tenemos la obligación de aceptar su solicitud, salvo en el caso de solicitudes de restricción de divulgaciones a nosotros a los fines de operaciones de pago o atención médica cuando ha pagado de su bolsillo la totalidad de un producto o servicio cubierto por la solicitud y cuando la ley no exija la divulgación. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud, salvo que se necesite la información para proporcionarle tratamiento de emergencia.

DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES PRIVADAS Tiene el derecho de solicitarnos que nos comuniquemos con usted solo por escrito o a una determinada dirección o un determinado número de teléfono si piensa que el modo en el que normalmente nos comunicamos será peligroso para usted. Para solicitarnos comunicaciones privadas, escriba a nuestro Director de Privacidad a la dirección que figura al final de este aviso. Tenga a bien indicarnos: de qué manera el modo en que normalmente nos comunicamos es peligroso para usted; de qué manera o en dónde desea que nos comuniquemos con usted; y qué información se debe comunicar de esta manera.

DERECHO A UNA RENDICIÓN DE CUENTAS DE LAS DIVULGACIONES Tiene derecho a solicitarnos una lista de las personas o los grupos a los que les hayamos divulgado su información médica. Esto se denomina “rendición de cuentas de las divulgaciones” e incluye las fechas en las que se divulgó su información médica, los motivos de las divulgaciones y los tipos de información médica que se divulgó. Para solicitarnos una lista, escriba a nuestro Director de Privacidad a la dirección que figura al final de este aviso. Indíquenos el período que debe abarcar la lista de divulgaciones. La lista no incluirá: las divulgaciones que le realizamos a usted, las que

se realizaron con su permiso o las que realizamos para nuestras actividades de tratamiento, pago u operaciones.

DERECHO A OBTENER UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Para solicitarnos una copia impresa, escriba a nuestro Director de Privacidad a la dirección que figura al final de este aviso o comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana). Si tiene dificultades auditivas, llame al número de TTY/TTD: 711. Este aviso se encuentra en Internet, en: www.HealthChoiceGenAZ.com.

Podemos modificar este aviso. Los cambios que se realicen al aviso podrían implicar información médica que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que obtengamos en el futuro. Si cambiamos el aviso, le proporcionaremos el nuevo aviso publicándolo en Internet en la dirección de la página web que figura más arriba o se lo enviaremos por correo postal, si lo solicita. Siempre sabrá cuál es el más actual porque imprimimos la fecha de entrada en vigencia del aviso en la parte superior de la portada. Tenemos la obligación de regirnos por los términos del aviso que actualmente esté en vigencia.

OTRAS OBLIGACIONES

FUGAS La ley nos exige notificar a las personas afectadas tras una fuga de información médica no asegurada.

QUEJAS Tiene derecho a presentar una queja si cree que se han violado su derechos de privacidad. Para presentar una queja, escriba a nuestro Director de Privacidad a la dirección que figura al final de este aviso. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No se lo sancionará ni discriminará por presentar una queja.

PREGUNTAS Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestro Director de Privacidad. Sus proveedores de tratamiento médico (a saber, médicos, hospitales, agencias de atención domiciliaria, etc.) pueden tener políticas o avisos diferentes sobre el uso y la divulgación de su información médica. Si tiene preguntas sobre las políticas de privacidad de su proveedor, comuníquese directamente con este.

CÓMO COMUNICARSE CON NUESTRO DIRECTOR DE PRIVACIDAD: Escriba a Health Choice Generations Privacy Officer / 410 N. 44th Street, Ste. 900 / Phoenix, AZ 85008. O llámenos al: 1-800-656-8991 (de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana). Si tiene dificultades auditivas, llame al número de TTY/TTD: 711.