

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) tiene la obligación de proporcionarle un Aviso sobre las Prácticas Referentes a la Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (*HIPAA*, en inglés), así como un Aviso Estatal sobre Prácticas Referentes a la Privacidad. El Aviso sobre las Prácticas Referentes a la Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos detalla los usos y divulgación de su información de salud protegida que BCBSTX tiene permitido hacer, así como los derechos que usted tiene sobre tal información conforme a la ley federal. El Aviso Estatal sobre Prácticas Referentes a la Privacidad detalla los usos y divulgación de su información financiera personal de carácter privado que BCBSTX tiene permitido hacer, así como los derechos que usted tiene sobre tal información según la ley federal. Por favor repase estos avisos con detenimiento. Le recomendamos que se conecte al portal Blue Access for Members<sup>SM</sup> (BAM<sup>SM</sup>) en [espanol.bcbstx.com](http://espanol.bcbstx.com) para abrir un perfil y recibir estos avisos en formato electrónico. Encontrará nuestra información de contacto al final de cada uno de estos avisos.

**AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS (HIPAA): Vigente desde el 23 de septiembre del 2013**

**SUS DERECHOS. Usted tiene ciertos derechos sobre su información de salud.**

Esta sección le explica cuáles son sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

**A obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos**

- Usted puede pedirnos que le mostremos o que le demos una copia de los expedientes médicos y de reclamos que tengamos acerca de usted. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Por lo general, le proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamos dentro de 30 días de haber recibido su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa módica por los servicios.

**A pedirnos que corrijamos expedientes médicos o de reclamos**

- Usted puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos o de reclamos si usted piensa que tienen errores o que están incompletos. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Es posible que rechacemos su solicitud. Le notificaremos por escrito el motivo dentro de los 60 días siguientes.

**A solicitar comunicación confidencial**

- Usted puede pedirnos que nos comuniquemos de una manera en específico o que le enviemos correspondencia a otro domicilio. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Consideraremos todas las solicitudes justificadas y aceptaremos su solicitud si nos hace saber que usted corre peligro en caso de que la rechacemos.

**A pedirnos que limitemos lo que usamos y lo que compartimos**

- Usted puede pedirnos que **no** compartamos o usemos cierta información de salud para tratamientos, pagos o para nuestras actividades operativas. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y es posible que la rechacemos si al aceptarla ponemos en riesgo sus servicios de atención médica.



**A obtener una lista de las entidades a las que les hemos compartido información**

- Usted puede pedirnos una lista (informe) de hasta por seis años anteriores a la fecha de su solicitud de cuando hayamos compartido su solicitud, con quién la hayamos compartido y los motivos. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas a tratamientos, pagos y nuestras actividades operativas y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hiciéramos). Le proporcionaremos un informe al año sin costo, pero es posible que cobremos una tarifa módica si nos pide otro informe dentro de los 12 meses del mismo año.

**A obtener una copia de este Aviso**

- Usted puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aún y cuando usted haya aceptado recibir los avisos en formato electrónico. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para pedirnos una copia impresa de este aviso y se la enviaremos lo antes posible.

**A elegir a alguien que responda por usted**

- Si usted le ha adjudicado a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien más es su tutor legal, dicha persona puede ejercer los derechos que le corresponden a usted y puede tomar decisiones a nombre de usted.
- Nos aseguramos que esta información sea verídica antes de compartir cualquier información suya.

**A presentar una queja si piensa que se violaron sus derechos**

- Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para presentar una queja si piensa que nosotros violamos sus derechos de privacidad.
- Usted también puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos. Para hacerlo, llame al 1-877-696-6775 o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) o envíeles una carta a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

**SUS ELECCIONES. Usted puede informarnos cuáles son sus elecciones sobre cierta información de salud que compartimos.**

Si usted tiene una preferencia definida sobre cómo quiere que compartamos su información en las situaciones que se presentan a continuación, háganoslo saber y seguiremos sus indicaciones. Comuníquese con nosotros con la información de contacto que aparece al final de este aviso.

**En estas situaciones, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:**

- Compartamos información con su familia, amistades cercanas u otras personas involucradas en cubrir sus gastos médicos
- Compartamos información en situaciones de desastres o de auxilio
- Nos comuniquemos con usted para colaborar en recaudaciones de fondos (*fundraisers*)

*Si por algún motivo usted no puede decirnos con quién podemos compartir información, es posible que la compartamos si creemos que será de beneficio para usted. Es posible que también compartamos información con el propósito de aminorar un peligro inminente a su salud o a su seguridad.*

**Nunca compartimos su información personal para estos propósitos, a menos que usted nos lo autorice por escrito**

- Mercadotecnia
- Venta de su información

**USOS Y DIVULGACIONES QUE HACEMOS. Cómo usamos o compartimos su información de salud**

Por lo general, usamos y compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

**Para apoyar administrativamente los tratamientos de salud que usted recibe**

- Podemos usar y compartir su información de salud con profesionales que estén brindándole atención médica.  
*Por ejemplo: Un médico nos enviaría información sobre un diagnóstico y un plan de tratamiento para que nosotros podamos coordinar servicios adicionales.*

**Para nuestros procesos administrativos**

- Podemos usar y divulgar su información para nuestros procesos administrativos y para comunicarnos con usted cuando sea necesario.  
*Por ejemplo: Usamos información de salud para desarrollar e implementar servicios con el propósito de servirle mejor.*

*No podemos usar información genética para determinar si le ofreceremos cobertura, excepto para planes de largo plazo.*

**Para pagar por los servicios de salud que usted reciba**

- Podemos usar y divulgar su información de salud ya que nosotros pagamos por los servicios de salud que usted recibe.  
*Por ejemplo: Compartimos información acerca de usted con su plan de servicios dentales para coordinar los pagos por los servicios que usted recibe.*

**Para administrar su plan de cobertura médica**

- Es posible que divulguemos su información de salud con el patrocinador de su plan de cobertura médica para fines administrativos.  
*Por ejemplo: Si la empresa donde usted trabaja nos contrata para ofrecerle un plan de salud a usted, es posible que compartamos con su empresa ciertas estadísticas para explicarle las primas que cobramos.*

**Otras formas en las que podemos usar o compartir su información de salud**

Tenemos permitido o tenemos la obligación de compartir su información de otras formas, generalmente para beneficio de la sociedad, por ejemplo, para casos de salud pública y de investigación. Antes de compartir su información para estos propósitos, tenemos que reunir muchas condiciones que estipula la ley. Si desea más información, por favor visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

**Para ayudar en asuntos de salud y seguridad públicas**

- Podemos compartir su información de salud para ciertos asuntos, como:
  - Prevención de enfermedades
  - Ayuda en casos donde se estén retirando productos del mercado
  - Reporte de reacciones adversas a medicamentos
  - Reporte de supuestos abusos, negligencia o violencia doméstica
  - Prevención o reducción de una amenaza seria a la salud o a la seguridad de cualquier persona

**Para trabajos de investigación**

- Podemos usar o compartir su información para trabajos de investigación médica.



---

<b>Para cumplir con lo que estipule la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compartiremos su información según lo requieran las leyes estatales o federales, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si estos desean determinar si estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.</li></ul>
<b>Para responder a solicitudes de donación de órganos/tejidos y para colaborar con ciertos profesionales de la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información con organizaciones de donación de órganos.</li><li>• Podemos compartir su información con un médico forense o director de una funeraria.</li></ul>
<b>Atender casos de compensación al trabajador, aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar o compartir su información de salud para casos como:<ul style="list-style-type: none"><li>– Reclamamos sobre compensación al trabajador</li><li>– Aplicación de la ley o para colaborar con las autoridades</li><li>– Apoyo para agencias de supervisión de asuntos médicos para actividades autorizadas por ley</li><li>– Colaboración para funciones especiales del gobierno, como servicios del ejército, seguridad nacional y protección presidencial o colaboración con prisiones en relación con los reos</li></ul></li></ul>
<b>Responder a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información de salud para responder a órdenes administrativas o judiciales o para responder a citatorios.</li></ul>
<b>Cierta información de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Es posible que las leyes estatales proporcionen protección adicional para algunas enfermedades o información de salud en específico. Por ejemplo, estas leyes pudieran prohibirnos que, sin autorización previa de usted, divulguemos o usemos información en relación con casos de VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol u otras sustancias adictivas e información genética. En estas situaciones seguiremos lo estipulado por las leyes estatales.</li></ul>

---

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES. Nuestras responsabilidades en relación con su información.**

- Por ley, tenemos la obligación de salvaguardar la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le notificaremos lo antes posible si ocurriese un evento, tal como un robo de información, que comprometiera la privacidad o la seguridad de su información.
- Tenemos la obligación de seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle a usted una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna forma que no esté descrita aquí, a menos que usted nos lo permita por escrito.

Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Puede consultar más información en:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

---

**AVISO ESTATAL SOBRE PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD:**  
**Vigente desde el 23 de septiembre del 2013**

---

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) recopila información personal de carácter privado de su solicitud de un plan de cobertura médica, reclamos médicos, información de pagos y agencias de informes sobre el consumidor. Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- **No divulgará** dicha información, aun y cuando la relación comercial entre usted y nosotros termine, a ninguna entidad no afiliada, excepto que sea con consentimiento suyo o según lo permita la ley.
- **Restringirá** el acceso a dicha información y únicamente tendrán acceso los empleados que realicen funciones que sean necesarias para administrar nuestra empresa y que proporcionen servicios a nuestros clientes.
- **Aplicará** las prácticas referentes a la seguridad y privacidad, que incluye protección física, técnica y administrativa para evitar acceso no autorizado a dicha información.
- **Usará** únicamente dicha información para administrar su plan de cobertura médica, procesar sus reclamos, asegurarse de que las facturas sean correctas, proporcionarle servicio al cliente y cumplir con la ley.

Blue Cross and Blue Shield of Texas tiene permitido compartir dicha información con algunas entidades que realizan funciones o servicios en nuestro nombre o cuando la ley lo requiera. Estas son algunas de las entidades con las que podemos compartir su información:

- Afiliados a la compañía
- Socios comerciales que proporcionen servicios en nuestro nombre (administración y coordinación de reclamos, mercadotecnia, apoyo clínico)
- Agentes o corredores de seguros, firmas de servicios financieros, operadores de seguros para la reducción de pérdidas (*stop-loss carriers*)
- Agencias reguladoras, otras entidades gubernamentales y las autoridades
- El Plan grupal de cobertura médica de su empleador

Usted tiene el derecho de preguntarnos acerca de su información financiera de carácter privado que tengamos y a solicitarnos acceder a ella.

---

**MODIFICACIONES A ESTOS AVISOS**

Tenemos derecho a modificar los términos de estos avisos y las modificaciones que hagamos serán válidas para toda la información que tengamos de usted. Los avisos nuevos estarán disponibles de ser solicitados o por medio de nuestro sitio web. Conforme a la ley, también le enviaremos una copia de los avisos nuevos por medio de correo postal.

---

**INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS**

Si desea obtener información general acerca de sus derechos de privacidad o si desea una copia de estos avisos, por favor visite: [espanol.bcbstx.com/legal-and-privacy/privacy-notice-and-forms](http://espanol.bcbstx.com/legal-and-privacy/privacy-notice-and-forms).

Si usted tiene alguna pregunta en específico acerca de sus derechos o acerca de estos avisos, por favor comuníquese con nosotros por alguno de los siguientes medios:

- Llámenos sin costo al número que aparece en su tarjeta de asegurado.
  - Llámenos al 1-877-361-7594.
  - Escribanos a Privacy Office Executive Director  
Blue Cross and Blue Shield of Texas  
P.O. Box 804836  
Chicago, IL 60680-4110
-



**Tener cobertura médica es importante para todos.**

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator  
300 E. Randolph St.  
35th Floor  
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960  
Correo electrónico: [CivilRightsCoordinator@hcsc.net](mailto:CivilRightsCoordinator@hcsc.net)

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય અથવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને અસહાયતા અનુભવવાની હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíłlnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.