



BlueCross BlueShield
of Texas



Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Vigente a partir del 09/23/13

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) debe proporcionarle un Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (*HIPAA*, en inglés), así como también un Aviso estatal de prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad de *HIPAA* explica cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información médica protegida y los derechos que usted tiene sobre tal información conforme a la ley federal. El Aviso estatal de prácticas de privacidad explica cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información financiera personal de carácter privado y los derechos que usted tiene sobre tal información conforme a la ley estatal. Tómese unos minutos para repasar estos avisos. Puede ingresar en el sitio web de *Blue Access for Members*SM en www.bcbstx.com/starkids para registrarse para recibir estos avisos por correo electrónico. Encontrará nuestra información de contacto al final de los avisos.

SUS DERECHOS. Cuando se trata de su información médica, tiene determinados derechos.

En esta sección, se explican sus derechos y algunas de las cosas que podemos hacer para ayudarlo.

Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos, como así también de otra información médica que tengamos sobre usted. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamos dentro de los 30 días de haber recibido la solicitud, salvo que solicitemos más tiempo. Es posible que cobremos una tarifa mínima.

Pedirnos que corriamos expedientes médicos o de reclamos

- Puede pedirnos que corriamos sus expedientes médicos o de reclamos si considera que tienen errores. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.

- Es posible que rechacemos su solicitud de corrección de sus expedientes. Le informaremos por escrito el motivo dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones privadas

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una determinada manera o que le enviemos correspondencia a otro domicilio. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Responderemos todas las solicitudes. Aceptaremos su solicitud si nos hace saber que correría peligro en caso de que la rechazemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no compartamos ni usemos determinada información médica. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos rechazarla si al aceptarla afectaríamos su atención médica.

Obtener una lista de las entidades con las que hemos compartido información

- Puede pedirnos una lista con detalles de los últimos seis años sobre las fechas en que compartimos su información, las personas con las que la compartimos y los motivos. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Le proporcionaremos dicha información; sin embargo, no le proporcionaremos información sobre el pago de su atención médica. Le proporcionaremos dicha información una vez al año sin costo, y es posible que le cobremos una tarifa mínima según el costo si nos pide otra lista dentro de los 12 meses.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA (cont.)

Obtener una copia de este aviso

- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso por correo electrónico. Si desea obtener una copia de este aviso, comuníquese con nosotros con la información de contacto que figura al final de este aviso y se la enviaremos.

Elegir a alguien que lo represente

- Si le otorgó a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, dicha persona también puede solicitar información y tomar decisiones por usted.
- Nos aseguraremos de que esas personas estén autorizadas para obtener información sobre usted antes de suministrársela.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que no hicimos lo correcto con su información, puede enviarnos su queja. Comuníquese con nosotros con la información de contacto que figura al final del aviso.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para hacerlo, llame al **1-877-696-6775**, ingrese en **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/** o envíele una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- Tiene derecho a presentar una queja, y si lo hace, no lo usaremos en su contra.

SUS ELECCIONES. Para determinada información médica, puede informarnos sus elecciones respecto de lo que compartimos.

Si sabe cómo desea que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber y seguiremos sus indicaciones. Comuníquese con nosotros con la información de contacto que figura al final de este aviso.

En estas situaciones, tiene el derecho y la opción de indicarnos que hagamos lo siguiente:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica.
- Compartamos información en malas situaciones y ayudemos a solucionar el problema.
- Nos comuniquemos con usted para colaborar en recaudaciones de fondos.

Si hay algún motivo por el cual no puede indicarnos con quién podemos compartir información, es posible que la compartamos si consideramos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir información por motivos de salud o de seguridad.

Nunca vendemos ni usamos su información para fines promocionales, salvo que nos dé su consentimiento por escrito.

USO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN. ¿Cómo usamos o compartimos su información médica?

Usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudarlo con el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar y compartir su información médica con médicos o personal médico que le brindan tratamiento.
Por ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar más servicios.

Llevar a cabo nuestras operaciones

- Podemos usar y divulgar su información para respaldar y mejorar nuestras operaciones.
Por ejemplo: Usamos la información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

No podemos usar su información genética para decidir si le brindaremos atención médica, a menos que se trate de planes de atención médica de largo plazo.

Pagar sus servicios médicos

- Podemos usar y divulgar su información médica al patrocinador del plan de salud con fines relacionados con la administración del plan.
Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para efectuar un pago por los trabajos dentales.

Administrar su plan

- Es posible que divulguemos su información médica al patrocinador del plan de salud con fines relacionados con la administración del plan.
Por ejemplo: Es posible que proporcionemos determinada información al patrocinador de su plan de salud para explicar cómo cobraremos nuestros servicios.

¿De qué otras formas podemos usar o compartir su información médica?

También podemos compartir su información para ayudar al bien público; por ejemplo, para casos de salud pública y de investigación. Tenemos que cumplir muchas leyes antes de poder compartir su información para tales motivos. Para obtener más información, ingrese en: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica para ciertas cuestiones; por ejemplo:
 - Prevenir enfermedades.
 - Ayudar en casos en los que se están retirando productos del mercado.
 - Informar reacciones adversas a medicamentos.
 - Informar supuestos casos de daño físico, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevenir o minimizar una amenaza a la salud y a la seguridad de una persona.

Realizar investigaciones

- Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones médicas.

Cumplir la ley

- Compartimos información sobre usted cuando lo requieren las leyes estatales o federales; por ejemplo, podemos compartir información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para que puedan verificar si cumplimos con las leyes de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos/ tejidos y colaborar con determinados expertos

- Podemos compartir su información médica con organizaciones que ayudan en la donación de órganos o tejidos.
- Podemos compartir su información con examinadores médicos, médicos forenses o encargados de funerarias.

Atender casos de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o compartir su información médica para los siguientes casos:
 - Reclamos sobre compensación para trabajadores.
 - Aplicación de la ley o colaboración con las autoridades.
 - Apoyo para agencias de supervisión de salud para actividades aprobadas por ley.
 - Colaboración para funciones especiales del gobierno, como servicios del ejército, seguridad nacional y protección presidencial, o colaboración con prisiones en relación con los presidiarios.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información para responder a órdenes judiciales o para responder a citatorios.

Determinada información médica

- Es posible que las leyes estatales nos exijan que seamos sumamente cuidadosos con la información sobre determinadas afecciones o enfermedades. Por ejemplo, las leyes pueden prohibirnos que compartamos o usemos información sobre VIH/sida, salud mental, abuso de alcohol o drogas e información genética sin su consentimiento. En estas situaciones, nos regiremos por lo que estipulen las leyes estatales.

NUESTRAS OBLIGACIONES. Cuando se trata de su información, tenemos determinadas obligaciones.

- Debemos mantener su información médica segura y protegida.
- Debemos informarle si su información ha sido usada o compartida por alguna persona, lo que podría perjudicarlo en cierta forma.
- Debemos cumplir con las prácticas de privacidad descritas en este aviso y asegurarnos de que usted pueda obtener una copia del aviso.
- No usaremos ni compartiremos su información, a excepción de las formas descritas en el presente, a menos que usted nos autorice por escrito.

Podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA (cont.)

AVISO ESTATAL DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: vigente a partir del 09/23/13

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) recopila información personal de carácter privado sobre usted de su plan de salud, sus reclamos de atención médica, su información de pagos y otros tipos de agencias de informes. BCBSTX acuerda lo siguiente:

- No divulgar su información, incluso si deja de ser cliente de terceros no afiliados, salvo que usted nos autorice a hacerlo o según lo permita la ley.
- Limitar la cantidad de trabajadores que pueden ver su información a aquellos que realizan trabajos necesarios para dirigir nuestra compañía y que brindan atención médica a nuestros clientes.
- Contar con prácticas de seguridad y privacidad que protegen su información contra el uso no autorizado.
- Usar su información únicamente para procesar sus reclamos, para facturarle y para proporcionarle servicio al cliente.
- Usar su información según lo permita la ley.

BCBSTX podrá compartir su información con determinados terceros que realizan trabajos para nosotros o prestan servicios en nuestro nombre. A continuación, se indican algunos ejemplos de terceros con los que podemos compartir su información:

- Nuestros afiliados.
- Socios clínicos y otros socios comerciales que prestan servicios en nuestro nombre.
- Agentes o corredores de seguros, firmas de servicios financieros, operadores de seguros para la reducción de pérdidas.
- Agencias reguladoras y otros grupos gubernamentales, incluida la policía.
- Su plan de salud grupal.

Tiene derecho a preguntarnos acerca de la información financiera de carácter privado que tengamos sobre usted y solicitarnos una copia de dicha información.

CAMBIOS EN ESTOS AVISOS

Tenemos derecho a modificar los términos de estos avisos. Los cambios realizados se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si realizamos cambios, la ley exige que le enviemos una copia del nuevo aviso.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si desea obtener una copia del aviso en algún momento, puede hacer lo siguiente:

1. Ingrese en el sitio web http://www.bcbstx.com/important_info/index.html.
2. Llame al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.

Si tiene preguntas sobre sus derechos o sobre estos avisos, comuníquese con nosotros por alguno de los siguientes medios:

1. Llámenos al **1-877-361-7594**.
2. Escribanos a Privacy Office
Divisional Vice President
Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 804836
Chicago, IL 60680-4110

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

FECHA DE REVISIÓN: 08/01/15

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Texas no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hsc.net. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

اب ڊشاپ یم مهارف امش یارب ناگیار تروص هب ینابز تلایهست، دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا: هجوت 1-855-710-6984 (TTY: 711) ڊیریگب سامت.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີຮັບໃຊ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-710-6984 (TTY: 711).