

# INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha efectiva: 1° de mayo de 2010

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.

EmblemHealth, Inc., es la organización matriz de las siguientes compañías que proporcionan planes de beneficios médicos: Group Health Incorporated (GHI), HIP Health Plan of New York (HIP), HIP Insurance Company of New York, Inc. (HIPIC) y GHI HMO Select Inc. (operando bajo el nombre de GHI HMO). Todas estas entidades reciben servicios administrativos y otros de EmblemHealth Services Company, LLC, que también es una compañía EmblemHealth, Inc.

Este aviso describe las prácticas de privacidad de las compañías EmblemHealth, entre ellas, GHI, GHI HMO, HIP y HIPIC (**denominadas colectivamente, “el Plan”**).

Respetamos la confidencialidad de su información médica.

Estamos obligados por la ley federal y las leyes estatales a mantener la privacidad de su información médica y a enviarle este aviso.

Este aviso explica cómo usamos información acerca de usted y cuándo podemos compartir dicha información con terceros.

Asimismo, le informa acerca de sus derechos con respecto a su información médica y cómo usted puede ejercer dichos derechos.

Usamos protecciones y técnicas de seguridad diseñadas para proteger su información médica que recopilamos, usamos o divulgamos por medio verbal, por escrito y electrónicamente. Capacitamos a nuestros empleados acerca de nuestras políticas y prácticas de privacidad, y limitamos el acceso a su información exclusivamente a aquellos empleados que la necesiten a fin de desempeñar sus responsabilidades comerciales. No vendemos información acerca de nuestros clientes o antiguos clientes.

### Cómo usamos o compartimos información

Podremos usar o compartir información acerca de usted para fines de pagos, tratamiento y operaciones de atención médica, inclusive con nuestros asociados comerciales. Por ejemplo:

- **Pagos:** Podremos usar su información para procesar y pagar reclamaciones sometidas a nosotros por usted o sus médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en relación con servicios médicos provistos a usted.
- **Tratamientos:** Podremos compartir su información con sus médicos, hospitales u otros proveedores para ayudarlos a proporcionar atención médica a usted. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podremos dar al hospital acceso a cualesquier expedientes médicos enviados a nosotros por su médico.

- **Operaciones de atención médica:** Podremos usar y compartir su información en relación con nuestras operaciones de atención médica. Dichas operaciones incluyen, pero no se limitan a:
  - Enviarle un recordatorio acerca de citas con su médico o chequeos médicos recomendados.
  - Darle información acerca de tratamientos y programas médicos alternativos o acerca de productos y servicios relacionados con la salud que le podrían interesar. Por ejemplo, podríamos enviarle información acerca de programas para dejar de fumar o para perder peso.
  - Realizar la coordinación del cuidado y administración de casos.
  - Llevar a cabo actividades para mejorar el estado de salud o reducir los costos de atención médica de nuestros miembros. Por ejemplo, podremos usar o compartir información con otros para ayudar a administrar su atención médica. También podremos hablar con su médico para sugerir un programa de control de enfermedades o bienestar que podría ayudar a mejorar su estado de salud.
  - Manejar nuestro negocio y realizar actividades administrativas generales, por ejemplo, servicio al cliente y resolución de quejas y apelaciones internas.
  - Llevar a cabo evaluaciones médicas, auditorías, detección de fraude y abuso y cumplimiento y servicios legales.
  - Llevar a cabo planificación y desarrollo comercial, calificando nuestro riesgo y determinado nuestras tasas de primas. No obstante, no usaremos su información genérica para fines de seguro.
  - Evaluar la competencia, calificaciones o desempeño de nuestros proveedores de la red, y llevar a cabo programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias, credenciales y otras actividades de evaluación y mejoría de calidad.
- **Asociados comerciales:** Podremos compartir su información con terceros que nos ayudan a llevar a cabo nuestras operaciones comerciales, siempre que acuerden mantener la confidencialidad de su información.



**EmblemHealth**<sup>®</sup>

GHI and HIP are EmblemHealth companies

Group Health Incorporated (GHI), Hip Health Plan of New York (HIP), HIP Insurance Company of New York y EmblemHealth Services Company, LLC, son compañías EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativas a las compañías EmblemHealth.

EMB\_MB\_FLY\_007966\_Privacy\_Notice 5/10

## Otras maneras en las cuales usamos o compartimos información

También podremos usar y compartir su información para los siguientes fines adicionales:

- Podremos usar o compartir su información con el empleador u otro patrocinador del plan médico a través del cual usted recibe sus beneficios médicos. No compartiremos información médica individualmente identificable con su plan de beneficios, salvo que dicho plan se comprometa a mantenerla protegida y usarla exclusivamente para fines relacionados con la administración de sus beneficios médicos.
- Podremos compartir su información con un plan médico, proveedor o cámara de compensación de atención médica que participa con nosotros en un arreglo organizado de atención médica. Sólo compartiremos su información para actividades de operaciones de atención médica asociadas con dicho arreglo.
- Podremos compartir su información con otro plan médico que proporciona, o que ha proporcionado cobertura para usted para fines de pago. Asimismo, podremos compartir su información con otro plan médico, proveedor o cámara de compensación que tiene o ha tenido una relación con usted para fines de actividades de evaluación de calidad y mejora, evaluación de la competencia o calificaciones de profesionales de atención médica o la detección o prevención de fraude y abuso de atención médica.
- Podremos compartir su información con un familiar, amistad u otra persona que le ayuda con su atención médica o el pago de su atención médica. Asimismo, podremos compartir información acerca de su lugar, estado de salud general o muerte para notificar o ayudar a notificar (inclusive identificar y localizar) a una persona involucrada con su atención o para ayudar con esfuerzos de ayuda en caso de catástrofe. Antes de compartir dicha información, le daremos la oportunidad de plantear objeciones. Si no está presente, o en caso de su discapacidad o una emergencia, compartiremos su información en base a nuestro juicio profesional de que la divulgación sería o no en sus mejores intereses.

## Las leyes estatales y federales nos permiten compartir información

También hay leyes estatales y federales que nos permiten o pueden exigir nos que divulguemos su información médica a terceros.

Podremos compartir su información por los siguientes motivos:

- Podremos notificar o compartir información con agencias estatales y federales que regulan la atención médica o el sistema de seguro médico, por ejemplo, el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de EE.UU., el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York y el Departamento de Salud Pública del Estado de Nueva York.
- Podremos compartir información para fines de la salud y seguridad públicas. Por ejemplo, podremos notificar información en la medida que sea necesario para evitar una amenaza inminente para su seguridad o la salud o seguridad de otros. Podremos notificar información a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted podría ser una víctima de abuso, abandono, violencia doméstica u otros crímenes.

- Podremos proporcionar información a un tribunal o agencia administrativa (por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de allanamiento u orden de comparecencia).
- Podremos notificar información para ciertos fines de ejecución de la ley. Por ejemplo, podremos proporcionar información a un oficial de ejecución de la ley para los fines de identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida.
- Podremos compartir información con un médico forense para identificar a un difunto, determinar una causa de fallecimiento o según esté autorizado por ley. Asimismo, podremos compartir información con directores de funerarias según sea necesario para que desempeñen sus funciones.
- Podremos usar o compartir información para fines de adquisición, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- Podremos compartir información relacionada con funciones gubernamentales especializadas, por ejemplo, actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad e inteligencia nacional y los servicios de protección para el Presidente y otros, y con instituciones correccionales y en otras situaciones de ejecución de la ley custodiales.
- Podremos notificar información sobre lesiones relacionadas con el trabajo debido a los requisitos de las leyes de compensación laboral de su estado.
- Bajo ciertas circunstancias, podremos compartir información para fines de investigación.

## Información delicada

Ciertos tipos de información médica particularmente delicada, por ejemplo, expedientes de tratamiento relacionados con el VIH, la salud mental y de abuso de sustancias, están sujetos a protección más estricta bajo la ley. Si cualquier ley o reglamento estatal o federal que rige este tipo de información delicada nos restringe usar o compartir su información de cualquier manera, de otra forma permitida bajo este Aviso, cumpliremos la ley o el reglamento más estricto.

## Su autorización

Si no se aplica uno de los motivos que antecede, debemos obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica. Si usted nos da autorización por escrito y cambia de idea, podrá revocar su autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en la cual ya hayamos actuado en base a su autorización. Una vez que nos conceda autorización para divulgar su información médica, no podremos garantizar que la persona a la cual se proporcione la información no divulgue de nuevo dicha información.

Tenemos un formulario de autorización que describe el propósito para el cual se usará la información, y el período durante el cual el formulario de autorización permanecerá en vigor, así como su derecho de revocar la autorización en cualquier momento. Usted o su representante autorizado debe llenar y firmar el formulario de autorización y devolverlo a nosotros antes de que divulguemos cualquier información médica protegida sobre usted. Usted podrá obtener una copia de este formulario, llamando al número de Servicio al cliente en el dorso de su tarjeta de identificación.

## Sus derechos

Abajo se indican sus derechos con respecto a la privacidad de su información médica. Si quisiera ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros, llamando al número de teléfono indicado en el dorso de su tarjeta de identificación.

### Restricción de su información

- **Usted tiene el derecho de pedirnos que restrinjamos** la forma en que usemos o divulguemos su información para fines de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. Asimismo, usted tiene el derecho de pedirnos que restrinjamos información que se nos ha pedido que proporcionemos a familiares u otros involucrados en su atención médica o el pago de su atención médica. Sírvase tomar nota que, si bien procuraremos respetar su solicitud, no estamos obligados a dar nuestro acuerdo a estas restricciones.

### Comunicaciones confidenciales para su información

- **Usted tiene el derecho de pedir que reciba comunicaciones confidenciales** de información si cree que estaría en peligro si enviáramos su información a su dirección postal actual (por ejemplo, en situaciones que involucran disputas o violencia doméstica). Si usted es un menor de edad y ha recibido servicios de atención médica en base a su propio consentimiento o bajo ciertas otras circunstancias, es posible que también tenga el derecho de solicitar que reciba comunicaciones confidenciales bajo ciertas circunstancias, siempre que sea permitido por la ley estatal. Usted podrá pedirnos que enviemos la información a una dirección alternativa o por medios alternativos, por ejemplo, por fax. Podremos exigir que su solicitud se consigne por escrito y que usted especifique el medio o lugar alternativo, así como el motivo de su solicitud. Complaceremos las solicitudes razonables. Sírvase tener en cuenta que los estados de cuenta de explicación de beneficios que el plan emite al titular del contrato o titular del certificado puede contener información suficiente para divulgar que usted obtuvo atención médica para la cual el Plan pagó, pese a que usted haya pedido que nos comuniquemos con usted acerca de su atención médica de modo confidencial.

### Inspección de su información

- **Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia** de información que mantenemos acerca de usted en su conjunto de registros designado. Un “conjunto de registros designado” es el grupo de registros usados por o para nosotros para tomar decisiones de beneficios acerca de usted. Esto podrá incluir registros de inscripción, pagos, reclamaciones y administración médica. Podremos exigir que su solicitud se consigne por escrito. Podremos cobrar un cargo por la reproducción de información o la preparación de un resumen o explicación de la información y, bajo ciertas circunstancias, podremos negar su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información.

### Modificación de su información

- **Usted tiene el derecho de pedirnos que enmendemos** la información que mantenemos acerca de usted en su conjunto de registros designado. Podremos exigir que su solicitud se consigne por escrito y que usted proporcione un motivo de su solicitud.

Podremos negar su solicitud de una enmienda si no creamos la información que usted desea que se enmiende y el autor de dicha información permanece disponible, o debido a ciertos motivos adicionales. Si negamos su solicitud, usted podrá someter una declaración de desacuerdo por escrito.

### Rendimiento de cuentas de divulgaciones

- **Usted tiene el derecho de recibir un rendimiento de cuentas** de ciertas divulgaciones de su información hechas por nosotros para fines que no sean tratamiento, pago u operaciones de atención médica durante los seis años anteriores a su solicitud. Podremos exigir que su solicitud se consigne por escrito. Si usted solicita dicho rendimiento de cuentas más de una vez en un período de 12 meses, podremos cobrar un cargo razonable.

Sírvase tomar nota que no estamos obligados a proporcionar un rendimiento de cuentas de lo siguiente:

- Cualquier información recopilada antes del 14 de abril de 2003.
- Información divulgada o usada para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Información divulgada a usted o de acuerdo con su autorización.
- Información incidental a un uso o divulgación de otra manera protegida.
- Información divulgada a personas involucradas en su atención u otros fines de notificación.
- Información divulgada para fines de seguridad o inteligencia nacional.
- Información divulgada a instituciones correccionales o funcionarios de ejecución de la ley.
- Información que fue divulgada o usada como parte de un conjunto de datos limitado para fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica.

### Recopilación, divulgación y protección de su información financiera

Además de la información médica, el plan podrá recopilar y compartir otros tipos de información acerca de usted. Podremos recopilar y compartir los siguientes tipos de información personal:

- Nombre, dirección, número de teléfono y/o dirección de correo-e;
- Nombres, direcciones, números de teléfono y/o direcciones de correo-e de su cónyuge y dependientes;
- Su número de seguro social, edad, sexo y estado civil;
- Los números de seguro social, edad, sexo y estado civil de su cónyuge y dependientes;
- Cualquier información que recibamos acerca de usted y su familia de sus solicitudes o cuando administramos su reclamación o cuenta bajo la póliza;
- Si usted adquiere una póliza colectiva para su negocio, información para verificar la existencia, naturaleza, lugar y tamaño de su negocio;
- También recopilamos información de ingresos y bienes de los suscriptores de Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus y Healthy New York. También podremos recopilar esta información de los suscriptores de Medicare a fin de determinar su elegibilidad para programas subsidiados por el gobierno.

Podremos compartir esta información con nuestras filiales y con asociados comerciales que realizan servicios en nuestro nombre. Por ejemplo, podremos compartir dicha información con vendedores que imprimen y envían materiales del miembro a usted en nuestro nombre, y con entidades que realizan el procesamiento de reclamaciones, evaluaciones médicas y otros servicios en nuestro nombre. Dichos asociados comerciales deben mantener la confidencialidad de la información. Asimismo, podremos compartir dicha información cuando sea necesario para procesar transacciones a solicitud suya, y para ciertos otros fines permitidos por ley.

En la medida en que dicha información puede ser o pase a ser parte de sus expedientes médicos, antecedentes de reclamaciones u otra información médica, la información será tratada como información médica según se describe en el presente aviso.

Al igual que con la información médica, usamos protecciones y técnicas de seguridad diseñadas para proteger su información personal que recopilamos, usamos o divulgamos por escrito, verbalmente o por medios electrónicos. Capacitamos a nuestros empleados acerca de nuestras políticas y prácticas de privacidad y limitamos el acceso a su información exclusivamente a aquellos empleados que la necesiten a fin de desempeñar sus responsabilidades comerciales. No vendemos información acerca de nuestros clientes o antiguos clientes.

Ejerciendo sus derechos, quejas y preguntas

- **Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso previa solicitud en cualquier momento.** Asimismo, usted podrá ver una copia de este aviso en el sitio Web. Consulte la información al final de esta página. Estamos obligados a observar los términos de este aviso.
- **Si tiene alguna pregunta** o quisiera más información acerca de este aviso o acerca de cómo usamos o compartimos información, usted podrá escribir al Departamento Corporativo de Cumplimiento o llamar a Servicio al cliente. Consulte la información de contacto en esta página.
- **Si usted cree que es posible que hayamos violado sus derechos de privacidad, usted podrá entablar una queja.**

**No tomaremos medidas en su contra por entablar una queja.**

Llame a Servicio al cliente al número de teléfono y durante las horas hábiles indicadas en esta página. También podrá entablar una queja por correo con el Departamento Corporativo de Cumplimiento en la dirección postal indicada en esta página. Asimismo, podrá notificar al Secretario del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de EE.UU.

Si llega a nuestro conocimiento que nosotros o uno de nuestros asociados comerciales ha incurrido en una violación de su información personal, según lo definido por las leyes federales y estatales, tomaremos medidas de acuerdo con las leyes y los reglamentos aplicables. Esto podrá incluir notificarle a usted y a ciertas agencias gubernamentales, reglamentarias y de medios acerca de la violación.

Información de contacto

Consulte el dorso de su tarjeta de identificación para llamarnos o use la siguiente información de contacto para su plan. Lea cuidadosamente para seleccionar el número de Servicio al cliente o dirección correcta.

**Escriba a:**

Para todos los miembros de HIP, HIPIC, GHI (con excepción de GHI HMO y GHI FHP) y miembros del programa EmblemHealth:  
Corporate Compliance Dept.  
P.O. Box 2878  
New York, NY 10116-2878

Para todos los miembros de GHI HMO y GHI FHP:  
Corporate Compliance Dept.  
P.O. Box 4443  
Kingston, NY 12402-4443

**Llame:**

Para todos los miembros de GHI: **1-800-624-2414**,  
**TTY-1-866-248-0640**, de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 5:00 pm

Para todos los miembros de GHI, Medicare Parte D (jubilados de empleadores de la Ciudad de Nueva York): **1-800-624-2414**,  
**TTY-1-866-248-0640**, de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 8:00 pm

Para todos los miembros de GHI Medicare Advantage y Medicaid Advantage: **1-866-557-7300**, **TTY-1-866-248-0640**, de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 8:00 pm

Para todos los miembros de GHI Medicare Parte D (jubilados de empleadores no de la Ciudad de Nueva York): **1-877-444-7241**, **TTY-1-888-447-4833**, de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 8:00 pm

Para todos los miembros de GHI HMO y GHI FHP PPO: **1-877-244-4466**,  
**TTY-1-877-208-7920**, de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 6:00 pm

Para todos los miembros de HIP y HIPIC: **1-800-447-8255**,  
**TTY-1-888-447-4833**, de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 6:00 pm

Para todos los miembros de HIP Medicare Advantage, Medicare Parte D y Medicaid Advantage: **1-800-447-8255**, **TTY-1-888-447-4833**, de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 8:00 pm

Para los miembros del programa de EmblemHealth: **1-877-842-3625**,  
**TTY-1-866-248-0640**, de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 5:00 pm

Información personal después de que ya no esté inscrito

Inclusive después de que ya no esté inscrito en ninguno de los planes, podremos mantener su información personal según se requiere por ley o según sea necesario para llevar a cabo actividades de administración del plan en su nombre. Nuestras políticas y procedimientos que protegen dicha información contra uso y divulgación inapropiada todavía se aplican si ya no está inscrito en el Plan.

Cambios de este aviso

Estamos obligados a observar los términos del presente Aviso de Prácticas de Privacidad según esté actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos del aviso y de hacer que el aviso nuevo entre en vigor para toda la información médica protegida que mantenemos. Antes de implementar cualquier cambio esencial de nuestras prácticas de privacidad, revisaremos y distribuiremos oportunamente nuestro aviso a nuestros clientes:

Adicionalmente, para la conveniencia de nuestros miembros, el aviso de privacidad revisado también se posteará en nuestros sitios Web.

Todos los miembros de GHI y GHI HMO: **www.ghi.com**

Todos los miembros de HIP y HIPIC: **www.hipusa.com**

Todos los miembros del programa de EmblemHealth:

**www.emblemhealth.com**