



Aviso de Prácticas de Privacidad

Con vigencia desde el 9/23/13

Se le exige a Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) que le proporcione un Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés) y un Aviso de Prácticas de Privacidad estatal. El aviso de HIPAA trata sobre cómo BCBSIL puede usar o divulgar su información médica protegida (PHI, en inglés) y sus derechos con respecto a esa información. En el aviso estatal, se habla sobre cómo podemos usar o divulgar su información financiera privada no pública y sus derechos en relación con esos datos. Dedique unos minutos para revisar estos avisos. Para obtener una copia, puede visitar <https://www.bcbsil.com/bcchp/legal-privacy/hipaa.html>. Nuestra información de contacto aparece al final de este aviso.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

SUS DERECHOS. Cuando se trata de su PHI, usted tiene ciertos derechos.

En esta sección, encontrará información sobre sus derechos y algunas de las medidas que podemos tomar para ayudarle.

Obtener una copia de sus registros de reclamaciones y salud

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de reclamaciones y salud, y de otra PHI que tengamos sobre usted. Use la información de contacto al final de este aviso para preguntarnos cómo.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de reclamaciones y salud en un plazo máximo de 30 días a partir de la solicitud, salvo que pidamos más tiempo.

Solicitar la corrección de registros de reclamaciones y salud

- Nos puede solicitar que corrijamos sus registros de reclamaciones y salud si cree que son incorrectos. Use la información de contacto al final de este aviso para preguntarnos cómo.
- Podemos negarnos a resolver su solicitud de corregir sus registros. Le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud.

Solicitar comunicaciones privadas

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted en cierta forma o que enviemos correspondencia a otra dirección. Use la información de contacto al final de este aviso para preguntarnos cómo.
- Proporcionaremos una respuesta a todas sus solicitudes. Diremos que "sí" si nos informa que correría peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que no usemos ni compartamos algo

- Puede solicitar que no usemos ni compartamos determinados datos de su PHI. Use la información de contacto al final de este aviso para preguntarnos cómo.
- No tenemos que aceptar su solicitud. Podemos negarnos a aceptar su solicitud si esta afectaría su atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido datos

- Puede pedirnos una lista de cuándo compartimos su información, con quién la compartimos y por qué lo hicimos durante los últimos seis años. Use la información de contacto al final de este aviso para preguntarnos cómo.
- Le proporcionaremos esta información. Sin embargo, no le brindaremos información sobre el pago de su atención. Le facilitaremos esta información una vez por año de forma gratuita. Podemos cobrarle una pequeña tarifa basada en el costo si vuelve a solicitar la información en un plazo de 12 meses.

Aviso de Prácticas de Privacidad (continuación)

Obtener una copia de este aviso

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque esté conforme con la recepción del aviso por correo. Para solicitar una copia de este aviso, use la información de contacto al final de este aviso. Le enviaremos la copia.

Elegir a una persona que lo represente

- Si le ha proporcionado un poder notarial para asuntos médicos a alguna persona o si alguien es su representante legal, esa persona también puede solicitar información y tomar decisiones por usted.
- Nos aseguraremos de que estas personas puedan obtener información sobre usted antes de que dichos datos estén disponibles.

Presentar una queja si cree que se infringieron sus derechos

- Si cree que no hicimos lo correcto con su información, puede presentarnos una queja. Use la información de contacto al final de este aviso.
- Además, puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al **1-877-696-6775**, visitando la página <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html> o enviando una carta a esta dirección: 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- Tiene derecho a presentar una queja. Si presenta una queja, no tomaremos represalias contra usted.

SUS ELECCIONES: Para cierta PHI, nos puede informar sus elecciones acerca de lo que compartimos.

Si sabe cómo desea que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, coméntenos y seguiremos sus instrucciones. Use la información de contacto al final de este aviso.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de informarnos lo siguiente:

- que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención;
- que compartamos información en una situación problemática y que lo ayudemos a corregir el problema; y
- que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos.

Si existe un motivo por el que no puede contarnos con quién podemos compartir la información, es posible que la compartamos si creemos que es lo más adecuado para usted. También podemos compartir información por motivos de salud o seguridad.

No vendemos ni usamos nunca su información con fines promocionales, salvo que nos proporcione su consentimiento por escrito.

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

Usamos o compartimos su PHI de las siguientes maneras.

Lo ayudamos con el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su PHI y compartirla con médicos o personal de salud que le brinden tratamiento.
Ejemplo: un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Llevamos a cabo nuestras operaciones

- Podemos usar y divulgar su información para respaldar y mejorar nuestras operaciones.
Ejemplo: usamos la PHI para crear mejores servicios para usted.

No podemos usar ningún tipo de información genética para decidir si le daremos atención, excepto para coberturas de atención médica a largo plazo.

Pagamos sus servicios de salud

- Podemos usar o divulgar su PHI al patrocinador de su cobertura médica para fines de administrativos de la cobertura.
Ejemplo: compartimos información sobre usted con su cobertura dental para coordinar el pago de su procedimiento odontológico.

Administramos su cobertura

- Podemos divulgar su PHI al patrocinador de su cobertura médica para fines de administrativos de la cobertura.
Ejemplo: podemos proporcionar ciertos datos al patrocinador de su cobertura médica para explicar cómo cobramos nuestros servicios.

Aviso de Prácticas de Privacidad (continuación)

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su PHI?

También podemos compartir su información a fin de contribuir al bienestar público. Por ejemplo, salud pública e investigación. Debemos cumplir con muchas leyes antes de compartir su información por estos motivos. Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública

- Podemos compartir sus datos médicos en los siguientes casos:
 - Detener enfermedades.
 - Ayudar en el retiro de productos del mercado.
 - Mostrar reacciones perjudiciales a medicamentos.
 - Mostrar sospechas de daño, negligencia o violencia doméstica.
 - Detener o disminuir una amenaza a la salud o seguridad de una persona.

Para investigar

- Podemos usar o compartir su información para estudios sobre la salud.

Para cumplir con la ley

- Compartimos información sobre usted cuando una ley estatal o federal nos exige hacerlo. Por ejemplo, podemos compartir información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para que ellos puedan verificar que cumplimos con las leyes de privacidad.

Para responder a solicitudes de donación de órganos/tejidos y trabajo con determinados expertos

- Podemos compartir su PHI con una organización que ayuda con la donación de órganos o tejidos.
- Podemos compartir su información con algún médico forense, oficial de investigación forense o director fúnebre.

Para abordar la indemnización de los trabajadores, solicitudes de la policía y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir su PHI:
 - Para reclamaciones por indemnización de trabajadores.
 - Para fines de cumplimiento con la policía o con algún funcionario encargado del cumplimiento de la ley.
 - Con firmas de supervisión de salud para actividades aprobadas por la ley.
 - Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios de protección militar, seguridad nacional y presidenciales o con prisiones con respecto a los reclusos.

Para responder a acciones legales y demandas

- Podemos compartir su información en respuesta a una orden judicial, o en respuesta a una solicitud de comparecer ante un tribunal.

Determinada PHI

- Las leyes estatales pueden exigirnos que tengamos especial cuidado con la información sobre determinadas enfermedades o problemas médicos. Por ejemplo, la ley puede impedirnos que compartamos o usemos datos sobre VIH/sida, salud mental, abuso de drogas o alcohol y datos genéticos sin su consentimiento. En estas situaciones, seguiremos lo que establece la ley estatal.

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

- Debemos proteger su PHI.
- Debemos comunicarle si su información se ha compartido con alguien o si alguien la ha utilizado y esto podría tener un efecto perjudicial para usted.
- Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y asegurarnos de que reciba una copia del aviso.
- No usaremos ni compartiremos su información de una manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos autorice, por escrito, a hacer lo contrario.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si lo hace.

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

Aviso de Prácticas de Privacidad (continuación)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTATAL

BCBSIL recopila información privada no pública acerca de usted de su cobertura médica, sus reclamaciones de atención médica, su información de pago y otros tipos de firmas de presentación de informes. BCBSIL acepta lo siguiente:

- No divulgar su información aunque deje de ser un cliente para cualquiera de los terceros no afiliados, salvo que nos otorgue su consentimiento o que lo hagamos de acuerdo con la ley.
- Limitar los trabajadores que pueden ver su información a solo aquellas personas que llevan a cabo trabajos necesarios para realizar nuestros negocios y brindar atención a nuestros clientes.
- Contar con prácticas de privacidad y seguridad que protejan su información del uso no autorizado.
- Usar su información solo para procesar sus reclamaciones, facturarle y proporcionarle el servicio al cliente.
- Emplear su información de acuerdo con la ley.

BCBSIL puede compartir su información con terceros que realicen funciones o presten servicios para nosotros. Estos son algunos ejemplos de terceros con los que podemos compartir sus datos:

- Nuestras filiales.
- Socios clínicos y otros socios comerciales que ofrecen servicios en nuestro nombre.
- Corredores o agentes de seguros, firmas de servicios financieros, operadores de seguros para la reducción de pérdidas (stop-loss).
- Grupos normativos y otros grupos gubernamentales, incluida la policía.
- Su cobertura médica grupal.

Tiene derecho a solicitarnos la información financiera no pública que tenemos sobre usted. Tiene derecho a pedirnos una copia de esta información.

CAMBIOS A ESTOS AVISOS

Tenemos derecho a cambiar los términos de estos avisos. Los cambios que implementamos se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si implementamos cambios, la ley exige que le enviemos una copia de este aviso.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Puede obtener una copia de este aviso en cualquier momento por las siguientes vías:

1. Visite el sitio web en http://www.bcbsil.com/important_info/index.html
2. Llámenos al número para llamadas gratuitas que aparece al dorso de su tarjeta del seguro médico.

Si tiene preguntas específicas acerca de sus derechos o de estos avisos, comuníquese con nosotros en una de las siguientes formas:

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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

REVISADO EL 4/5/19

850371.1115

Para solicitar ayuda y servicios auxiliares o materiales en otros formatos e idiomas de manera gratuita, llame al 1-877-860-2837, TTY/TDD: 711.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a las personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- 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 estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no le proporcionó estos servicios o que le discriminó de alguna otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: 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. Puede presentar su inconformidad por teléfono, por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el coordinador de derechos civiles está a su disposición.

También, puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

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)

Formularios para presentar quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

ESPAÑOL (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

POLSKI (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

繁體中文 (Chinese): 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 **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**。

한국어(Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**번으로 전화해 주십시오.

TAGALOG (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-860-2837 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)**.

РУССКИЙ (Russian): ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском языке, то Вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-860-2837 (Телетайп: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો

1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711).

اردو (Urdu):

یاد رکھیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ **1-877-860-2837 (TTY: 711)** پر کال کریں۔

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

हिन्दी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं।

1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711) पर कॉल करें।

FRENCH (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-860-2837 (TTY/TDD : 711)**.

ΕΛΛΗΝΙΚΑ (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.