

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 prácticas de privacidad conforme a la HIPAA describe de qué manera BCBSIL puede usar o divulgar su información médica protegida y cuáles son sus derechos respecto de esa información en el marco de la ley federal. El Aviso de prácticas de privacidad estatal describe de qué manera BCBSIL puede usar o divulgar su información financiera personal y cuáles son sus derechos respecto de esa información en el marco de la ley estatal. Dedique unos minutos para revisar estos avisos. Le recomendamos que visite el portal protegido Blue Access for Members (BAM) en BCBSIL.com y que se registre para recibir estos avisos electrónicamente. La información de contacto se encuentra al final de estos avisos.

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

#### **SUS DERECHOS. Cuando se trata de la información sobre su salud, usted tiene ciertos derechos.**

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

<b>Obtener una copia de sus registros de reclamaciones y salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de reclamaciones y salud y de otra información sobre la salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto usando la información de contacto al final de este aviso.</li> <li>• Le proporcionaremos una copia o resumen de sus registros de reclamaciones y salud generalmente dentro de los 30 días de realizada su solicitud. Es posible que le cobremos un precio razonable, basado en los costos.</li> </ul>
<b>Solicitarnos corregir registros de reclamaciones y salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos puede solicitar que corriamos sus registros de reclamaciones y salud si cree que son incorrectos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto usando la información de contacto al final de este aviso.</li> <li>• Podemos negar su solicitud. Le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días posteriores.</li> </ul>
<b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos puede solicitar que nos comuniquemos con usted de un modo específico o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente. Pregúntenos cómo hacer esto usando la información de contacto al final de este aviso.</li> <li>• Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y debemos responder "sí" si nos informa que podría estar en peligro si nos negamos.</li> </ul>
<b>Solicitarnos que establezcamos un límite en lo que usamos o compartimos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitarnos que <b>no</b> compartamos o usemos cierta información sobre la salud para tratamientos, pagos u otras operaciones. Pregúntenos cómo hacer esto usando la información de contacto al final de este aviso.</li> <li>• No se nos exige estar de acuerdo con su solicitud, y podemos negarnos si su atención pudiese verse afectada.</li> </ul>
<b>Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una lista (informe) de hasta seis años anteriores a la fecha de su solicitud para saber cuándo, con quién y por qué compartimos su información. Pregúntenos cómo hacer esto usando la información de contacto al final de este aviso.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamientos, pago y nuestras operaciones y algunas otras divulgaciones (por ejemplo, algunas que nos haya solicitado realizar). Gratuitamente proporcionaremos un informe al año, pero es posible que cobremos un precio razonable, basado en los costos, si nos solicita otro dentro de los siguientes 12 meses.</li> </ul>



Obtener una copia de este aviso

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aun si ha acordado recibir el aviso electrónicamente. Para obtener una copia de este aviso utilice la información de contacto que se encuentra al final de este aviso y le enviaremos una a la brevedad.

Elegir 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 puede ejercer sus derechos y elegir por usted.
- Confirmamos esta información antes de difundirle a dicha persona cualquier información suya.

Presentar una queja si piensa que se violaron sus derechos

- Usando la información de contacto al final de este aviso puede presentar una queja si siente que hemos violado sus derechos de privacidad.
- Puede además presentar una queja ante 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 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) o enviando una carta a esta dirección: 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**SUS ELECCIONES: Para cierta información sobre la salud, nos puede informar sus elecciones acerca de lo que compartimos.**

Si tiene una clara preferencia sobre 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, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos lo siguiente:

- que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención;
- que compartamos información en casos de catástrofe o ayuda para catástrofes;
- 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 para reducir una amenaza seria o inminente para su salud o seguridad.*

Nunca compartiremos su información en estas situaciones a menos que nos proporcione un permiso por escrito

- con fines de mercadeo;
- venta de su información.

**USOS Y DIVULGACIONES POR NUESTRA PARTE:**

**¿Cómo usamos o compartimos la información sobre su salud?**

Generalmente usamos o compartimos la información sobre su salud de las siguientes formas.

Para ayudar a manejar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar la información sobre su salud y compartirla con profesionales que lo estén tratando.  
*Ejemplo: Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

Para dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para las operaciones de nuestra organización y comunicarnos con usted si es necesario.  
*Ejemplo: Usamos la información sobre la salud para desarrollar mejores servicios*



para usted.

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

**Para pagar sus servicios de salud**

- Podemos usar y divulgar la información sobre su salud porque pagamos sus servicios médicos.  
*Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su cobertura de servicios dentales para coordinar el pago de su procedimiento odontológico.*

**Para administrar su cobertura**

- Podemos divulgar la información sobre su salud al patrocinador de su cobertura médica para fines administrativos.  
*Ejemplo: Si su compañía nos contrata para proporcionar una cobertura médica, es posible que le brindemos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

**¿De qué otras formas podemos usar o compartir la información sobre su salud?**

Estamos autorizados o nos solicitan compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bienestar público, tal como a la salud pública y a la investigación. Tenemos que cumplir varias condiciones legales antes de poder compartir información con estos fines. Para obtener más información consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

**Para ayudar en temas de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir información sobre su salud en ciertas situaciones, como las siguientes:
  - prevenir enfermedades;
  - apoyar con el retiro de productos del mercado;
  - informar sobre reacciones adversas a medicamentos;
  - informar sobre sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica;
  - evitar o reducir amenazas serias contra la salud o seguridad de una persona.

**Para investigar**

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

**Para cumplir con la ley**

- Compartiremos información sobre usted cuando lo exijan las leyes federales o estatales, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si se desea determinar que cumplimos con las leyes de privacidad federales.

**Para responder a las solicitudes de donación de órganos o tejidos y trabajar con ciertos profesionales**

- Podemos compartir información sobre su salud con alguna organización de adquisición de órganos.
- Podemos compartir información con un médico forense, oficial de investigación forense o director de funeraria.

**Para abordar la indemnización laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos usar o compartir información sobre su salud:
  - para reclamaciones por indemnización laboral;
  - para fines de cumplimiento de la ley o con algún funcionario encargado del cumplimiento de la ley;
  - con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por 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 demandas y acciones legales**

- Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a sentencias judiciales o administrativas o citaciones.

---

**Cierta información sobre la salud**

- La ley estatal puede proporcionar una protección adicional para algunos problemas médicos o información sobre la salud. Por ejemplo, estas leyes nos prohíben divulgar o usar información relacionada con el VIH/SIDA, la salud mental, el abuso de alcohol o drogas y la información genética sin su autorización. En estas situaciones, cumpliremos los requisitos de la ley estatal.

---

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES: Cuando se trata de su información, tenemos ciertas responsabilidades.**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información sobre la salud protegida.
- Le haremos saber inmediatamente si ocurre un incumplimiento que comprometa la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las prácticas de privacidad y obligaciones descritas en este aviso y darle una copia.
- No usaremos o 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. Si lo hace, infórmenos por escrito.

Para obtener información adicional sobre sus derechos de privacidad, visite <https://www.hhs.gov/hipaa/>

---

**AVISO ESTATAL DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD – Vigente desde el 9/23/13**

---

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) recopila información personal privada sobre usted de la solicitud del seguro, las reclamaciones de atención médica, la información de pago y las agencias de informes del consumidor. BCBSIL:

- **No** divulgará esta información, aun si finaliza su relación de cliente con nosotros, a ningún tercero no afiliado excepto que nos dé su consentimiento o esté permitido por ley.
- **Limitará** el acceso a esta información únicamente a aquellos empleados que realicen las funciones necesarias para administrar nuestro negocio y proporcionar servicios a nuestros clientes.
- **Mantendrá** prácticas de seguridad y privacidad que incluyan salvaguardas físicas, técnicas y administrativas para proteger esta información de un acceso no autorizado.
- Solo **usará** esta información para administrar su cobertura de seguro, procesar sus reclamaciones, garantizar una facturación adecuada, proporcionarle un servicio al cliente y cumplir con la ley.

BCBSIL puede compartir esta información con terceros que realicen funciones o presten servicios en su nombre o cuando lo exija la ley. Estos son algunos ejemplos de terceros con los que podemos compartir su información:

- afiliados de la compañía;
- socios comerciales que proporcionen servicios en nuestro nombre (gestión de reclamaciones, mercadeo, asistencia clínica);
- corredores o agentes de seguros, empresas de servicios financieros, compañías de reaseguros para la reducción de pérdidas (stop-loss);
- agencias reguladoras, otras entidades gubernamentales y autoridades competentes;
- la cobertura médica grupal de su empleador.

Tiene derecho a solicitarnos la información financiera privada que tenemos sobre usted y de requerir acceso a esta.

---



### **CAMBIOS A ESTOS AVISOS**

Tenemos derecho a cambiar los términos de estos avisos, y los cambios que hagamos tendrán vigencia en toda la información que tengamos sobre usted. Los nuevos avisos estarán disponibles previa solicitud o en nuestro sitio web. Además, le enviaremos por correo postal una copia de los nuevos avisos tal como lo exige la ley.

---

### **INFORMACIÓN DE CONTACTO EN RELACIÓN CON ESTOS AVISOS**

Si desea obtener información general acerca de sus derechos de privacidad o desea una copia de estos avisos, visite: [www.bcbsil.com/important-info/hipaa](http://www.bcbsil.com/important-info/hipaa)

Si tiene preguntas específicas acerca de sus derechos o de estos avisos, ponemos a su disposición las siguientes formas de contacto:

- Llámenos al número para llamadas gratuitas que figura en su tarjeta de asegurado.
  - Llámenos al 1-877-361-7594.
  - Escribanos a Privacy Office Divisional Vice President  
Blue Cross and Blue Shield of Illinois  
P.O. Box 804836  
Chicago, IL 60680-4110
- 

**REVISADO: junio de 2020**

---

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan). HCSC es una compañía de seguros médicos que tiene contrato con Medicare e Illinois Medicaid para brindar servicios médicos y beneficios de ambos programas a sus asegurados. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HCSC depende de la renovación del contrato.

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 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 discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:
  - intérpretes de lenguaje de señas capacitados;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
  - 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 ha proporcionado estos servicios, o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de 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., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hsc.net). Puede presentar una inconformidad personalmente, o bien por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el Coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarle.

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)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-723-7702 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-723-7702 (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 1-877-723-7702 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-7702 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذکر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-723-7702 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-723-7702 (телетайп: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-723-7702 (TTY: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-723-7702 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-723-7702 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-723-7702 (ATS: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-723-7702 (TTY: 711).