

If you need to receive this notification in English, please contact Member Service at 1.866.393.5366.



NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA CON ATENCIÓN.

Leon Medical Centers Health Plans crea registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le brindamos. La información que reunimos se llama Información de Salud Protegida (“PHI”). Tomamos muy en serio nuestra obligación de conservar su PHI segura y confidencial. Estamos obligados por la ley estatal y federal a proteger la privacidad de su PHI, entregarle esta Notificación sobre cómo la usamos y protegemos, y notificarle si existe alguna violación a su PHI. Cuando usamos o revelamos su PHI, estamos obligados por los términos de esta notificación. Esta Notificación es aplicable a todos los registros electrónicos o físicos que generemos, obtengamos, y/o conservemos que contengan su PHI.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Esta Notificación será válida a partir del 23 de septiembre de 2013, y permanecerá vigente hasta que la reemplacemos. Debemos seguir las prácticas de privacidad que están descritas en esta Notificación mientras esté vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta Notificación en cualquier momento, y podemos, a nuestro criterio, hacer válidos los nuevos términos para toda la PHI en nuestro poder, incluyendo cualquier PHI que hayamos creado o recibido antes de la expedición de la nueva notificación. En caso de que cambiemos esta Notificación, la actualizaremos en nuestra página de internet y, si usted está inscrito en algunos de nuestros planes en ese momento, le haremos llegar la nueva Notificación, bajo solicitud. Además, puede solicitar una copia de la Notificación llamando al Departamento de servicio al cliente al número telefónico gratuito que está impreso en su tarjeta de identificación. Si usted es paciente de una de nuestras clínicas, le entregaremos la nueva Notificación cuando reciba tratamiento en una de nuestras instalaciones, bajo solicitud, y enviaremos por correo cualquier nueva Notificación que haya, a la ubicación principal de cada instalación.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Podemos usar y revelar su información protegida de salud, sin su autorización por escrito, para los siguientes propósitos:

Para el tratamiento

- Podemos compartirla con enfermeras, médicos, farmacéuticos, y otros profesionales del cuidado de la salud para que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarle a recibir los servicios y el tratamiento que pueda necesitar, por ejemplo, ordenar pruebas de laboratorio e interpretar los resultados.

Leon Medical Centers Health Plans es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Leon Medical Centers Health Plans depende de la renovación de contrato.

INT_15_31043S 08102015

- Para coordinar su atención médica y servicios relacionados, por ejemplo, recordarle alguna cita o invitarlo a recibir las vacunas o pruebas gratuitas.

Para el pago

- Para cobrar primas, si aplica, y para administrar los reclamos.
- Para hacer determinaciones de cobertura, por ejemplo, para hablar con un profesional del cuidado de la salud sobre el pago de los servicios que le brindaron.
- Para coordinar beneficios con otra cobertura que pueda tener, por ejemplo, para hablar con otro plan de atención médica o aseguradora con quien tenga cobertura, para determinar la cobertura.
- Para coordinar beneficios con otra cobertura que pueda tener, por ejemplo, para hablar con otro plan de atención médica o aseguradora con quien tenga cobertura, para determinar la cobertura.

Para operaciones de atención médica

- Para brindar servicio al cliente y otras actividades comerciales, incluyendo detección del fraude y mal uso, y los programas de cumplimiento.
- Para apoyar y/o mejorar los programas o servicios que podamos ofrecerle.
- Para ayudarle a manejar su salud, por ejemplo, para brindarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede tener derecho.
- Para ayudar a otro plan de atención médica, aseguradora, u otro profesional del cuidado de la salud con quien tenga relación, para que pueda mejorar los programas que le ofrece, como el manejo de casos.

Revelaciones a terceros involucrados en su atención médica.

- Si usted está presente o de otra manera disponible para decirnos que así lo hagamos, podemos revelar su PHI a terceros, por ejemplo, un familiar, un(a) amigo(a) cercano(a), o a su cuidador.
- Si usted está en una situación de emergencia, no está presente, o está incapacitado, usaremos nuestro juicio personal para decidir si revelar su PHI a terceros es lo mejor para usted. En caso de que revelemos su PHI en una situación donde usted no está disponible, revelaríamos únicamente la información que es directamente relevante para la participación de la persona con su tratamiento o para el pago relacionado con su tratamiento. Además podemos revelar su PHI para notificar (o ayudar a notificar) a dichas personas su ubicación, su condición médica general o su muerte.

Revelaciones a proveedores y organizaciones de acreditación.

Podemos revelar su PHI a:

- Compañías que realicen ciertos servicios que hayamos solicitado. Por ejemplo, podemos involucrar a proveedores para que nos ayuden a brindar información y asesoría a los miembros que padezcan enfermedades crónicas como diabetes y asma.
- Organizaciones de acreditación como el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para propósitos de medición de la calidad.

Por favor tenga en cuenta que antes de que compartamos su PHI, obtenemos el acuerdo por escrito del proveedor o de la organización de acreditación de proteger la privacidad de su PHI.

- **Salud o seguridad.** Podemos revelar su PHI para evitar o aminorar una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad, o la salud o seguridad del público en general.

- **Salud pública o actividades de supervisión de salud.** Podemos revelar su PHI para reportar a las autoridades de salud pública, para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica, y para las agencias gubernamentales responsables de la supervisión del sistema del cuidado de la salud.
- **Investigación.** Podemos revelar su PHI para propósitos de investigación, pero sólomente bajo lo permitido por la ley.
- **Cuando se requiera por ley.** Podemos revelar su PHI:
 - A agencias estatales o federales para garantizar que estamos en conformidad con la ley.
 - En respuesta a una orden judicial o citación, siempre que se cumplan ciertos requisitos.
 - A las agencias u oficiales que hacen cumplir la ley, cuando se requiera bajo una orden judicial.
 - Para procedimientos judiciales y administrativos cuando así se solicite bajo una orden judicial, citación u otra solicitud.
 - Para ciertas funciones gubernamentales como revelaciones a la milicia de los Estados Unidos.
 - Cuando sea necesario para acatar las leyes de Compensación de trabajadores relacionadas con enfermedades o lesiones de trabajo.

USOS Y REVELACIONES DE LA PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Obtendremos su permiso o autorización por escrito, antes de usar o revelar su PHI para cualquier otro propósito no establecido en esta Notificación. Por ejemplo, se necesita su permiso para:

- Usar y revelar su PHI para las comunicaciones de mercadotecnia cuando recibamos un pago directo o indirecto para promocionar un producto o servicio de un tercero;
- Revelar su PHI para propósitos de venta de PHI; o
- Usar y revelar su información genética o la de sus dependientes para propósitos suscritos.

Para algunos tipos de PHI, la ley estatal y federal puede requerir protección mejorada de la privacidad y podemos revelar únicamente dicha información con su autorización por escrito a menos de que la ley lo requiera o permita específicamente. Esto incluye la PHI que:

- Se guarda en notas de psicoterapia.
- Sobre prevención del abuso de drogas y alcohol, tratamiento y referencia.
- Sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA.
- Sobre transmisión de enfermedad(es) venérea(s).
- Sobre pruebas genéticas.

Usted puede revocar este permiso por escrito en cualquier momento. Si es éste el caso, dejaremos de usar su información protegida de salud para ese propósito, pero no podemos deshacer acción alguna que hayamos realizado antes de su revocación.

SUS DERECHOS

Para ejercer los siguientes derechos, es posible que se le solicite llenar y enviar la forma aplicable, que está disponible llamando al número del Departamento de servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación del miembro.

Usted tiene derecho a:

- **Solicitar restricciones** sobre cómo se usa o comparte su PHI respecto al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados legalmente a aceptar su solicitud, pero si lo hacemos, ese acuerdo será válido. Sin embargo, si

usted es paciente de alguna de nuestras clínicas, respetarán su solicitud, en la medida que lo permita la ley, de no revelar información a nosotros ni a cualquier otra aseguradora sobre la visita médica, el servicio o las recetas por lo que usted paga la cantidad total por su cuenta al momento del servicio.

- **Inspeccionar y obtener una copia** de su información protegida de salud personal que esté incluida en ciertos registros electrónicos o físicos que conservemos. Las copias se proporcionarán en una forma y formato que sea “rápidamente producible”, lo que significa que somos suficiente capaces de producir los registros de forma legible.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** por medio de las cuales las comunicaciones de PHI se envíen a una ubicación alterna por otros medios. Cumpliremos las solicitudes siempre que sea viable.
- **Solicitar una enmienda** de su información de salud personal protegida creada y guardada por nosotros si usted considera que es incorrecta. Si no aceptamos su solicitud, guardaremos en su archivo su solicitud y nuestra razón de la negativa.
- **Solicitar una cuenta de las revelaciones** que hayamos hecho de su PHI de seis años anteriores a partir de la fecha de su solicitud.
- **Solicitar una copia impresa de esta Notificación** poniéndose en contacto con nosotros a la dirección que aparece más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus derechos de privacidad, considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su PHI, puede ponerse en contacto con nosotros a la siguiente dirección o número telefónico:

Oficina de Privacidad
Leon Medical Centers Health Plans
Departamento de Servicio al Miembro
8600 NW 41st Street, Suite 201
Doral, FL 33166
1-866-393-5366

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados también puede ponerse en contacto con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Puede enviar su queja por correo electrónico, fax o correo postal a la Oficina de derechos civiles. Para más información, ingrese a su página de internet en: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>. No se tomará ninguna acción contra usted por presentar una queja.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. HealthSpring of Florida, Inc. opera bajo el nombre supuesto de “Leon Medical Centers Health Plans” en el área de servicio Miami-Dade. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. “Leon Medical Centers” es una marca comercial registrada de Leon Medical Centers.