

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.  
**REVÍSELO CON ATENCIÓN.**

En Providence Medicare Advantage Plans respetamos la privacidad y confidencialidad de su información de salud protegida (*protected health information*, PHI). Conforme a la ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud protegida (habitualmente llamada PHI o información personal), incluida la que está en formato electrónico. Cuando usamos el término "información personal" nos referimos a información que lo identifica como persona, como su nombre o número de seguro social, u otra información financiera, de salud o de otro tipo que no es pública y que obtenemos para poder proporcionar su cobertura de seguro. Providence Medicare Advantage Plans tiene políticas que protegen la confidencialidad de la información personal que se obtiene de los miembros en el curso de las funciones operativas normales, incluido el número de seguro social. Estamos obligados a proporcionarle este aviso y a cumplir con las condiciones de este aviso. Este aviso explica cómo podemos usar y divulgar su información para administrar sus beneficios y también proporciona información sobre sus derechos como nuestro valioso miembro. Por último, este aviso proporciona información sobre el ejercicio de sus derechos.

### **Uso y divulgación de su información de salud protegida por Providence Medicare Advantage Plans sin autorización por escrito**

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida por diferentes motivos. Usamos y podemos compartir la PHI con otras personas para proporcionar los beneficios de salud. Los ejemplos a continuación se proporcionan para ilustrar los tipos de usos y divulgaciones que podemos realizar sin su autorización, con fines de pago, operaciones de atención médica o tratamientos.

**Pagos:** Podemos usar o divulgar su PHI para realizar determinaciones de cobertura, coordinar beneficios con otros seguros que pueda tener o para ayudarlo a pagar las facturas médicas que nos presenten médicos u hospitales para su pago. También podemos usar y divulgar la PHI para cobrar las primas y calcular montos de costo compartido.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar su PHI para proporcionar servicio al cliente, proporcionar y mejorar los programas y servicios que ofrecemos u operar y gestionar nuestras actividades comerciales relacionadas con el uso y la gestión de su cobertura de atención médica, según sea necesario. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para sugerir manejo de enfermedades o programas de bienestar que ayuden a mejorar su salud.

**Tratamientos:** No proporcionamos tratamientos. Esta función corresponde a los proveedores de atención médica, como su médico o un hospital. Podemos usar y divulgar su PHI con sus médicos u hospitales para ayudarlos a proporcionar atención médica.

### **Patrocinador/administrador del plan**

Si está inscrito en Providence Medicare Advantage Plans con un plan de salud grupal patrocinado por el empleador, Providence Medicare Advantage Plans puede compartir la PHI con su plan de salud grupal. Podemos compartir su información con su patrocinador del plan si lo solicita para que el patrocinador del plan obtenga ofertas de primas o pueda cambiar, modificar o terminar el plan. Si su empleador paga su prima o parte de su prima, pero no paga los reclamos del seguro de salud, su empleador no podrá recibir su PHI para ningún fin, salvo obtener ofertas de primas o cambiar o terminar el plan, a menos que el empleador prometa proteger su PHI y garantice que la PHI se usará únicamente de conformidad con la ley.

### **Personas involucradas en su atención médica o en el pago de su atención médica**

También podemos divulgar información de salud protegida a las personas involucradas en su atención médica o en el pago de esta, como familiares o amigos cercanos. Si no tiene objeciones o las circunstancias nos permiten inferir razonablemente que no tiene objeciones para la divulgación, podemos divulgar información de salud protegida relevante a estas personas; no obstante, si no está presente o está incapacitado, podemos realizar la divulgación si, conforme a nuestro juicio profesional, consideramos que la divulgación es lo mejor para usted.

### **Otros usos y divulgaciones que podemos realizar sin su autorización**

Su información de salud se puede usar o divulgar sin su autorización de diferentes maneras. Por lo general, estos usos y divulgaciones son requeridos por la ley o responden a objetivos de salud pública o seguridad.

- **De conformidad con la ley:** Estamos obligados a divulgar su información de salud protegida si lo requiere la ley.
- **Socios comerciales:** Podemos usar o divulgar su PHI con personas que realizan actividades comerciales en nuestro nombre o que nos proporcionan servicios si la información es necesaria para estas actividades o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, conforme al contrato con nosotros y en virtud de la ley federal, a proteger la privacidad de su información y no pueden usar ni divulgar información salvo que sea con los fines especificados en nuestro contrato y conforme a lo que establece la ley federal.
- **Funcionarios a cargo de investigar la muerte, directores de funerarias, donación de órganos:** Podemos divulgar información de salud protegida a funcionarios a cargo de investigar la muerte o directores de funerarias según sea necesario para el desempeño de sus funciones o en relación con la donación de órganos o tejidos.
- **Supervisión de la salud:** Podemos divulgar información de salud protegida a las agencias estatales y federales que nos regulan, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., la División de Regulación Financiera de Oregon y el Comisionado de la Oficina de Seguros de Washington.

- **Procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos divulgar información de salud protegida en respuesta a resoluciones judiciales u administrativas o en respuesta a citaciones, pedidos de presentación de pruebas u otros procedimientos legítimos.
- **Cumplimiento de la ley:** En ciertas circunstancias, podemos divulgar información de salud protegida a funcionarios de policía en respuesta a una orden de arresto, para identificar o localizar a un sospechoso o para proporcionar información sobre la víctima de un delito.
- **Actividades de salud pública:** Podemos divulgar información de salud protegida a las agencias de salud pública con fines como la prevención o el monitoreo de enfermedades, lesiones o discapacidades.
- **Investigación:** Podemos divulgar su información de salud a investigadores, siempre que se trate de investigaciones aprobadas por una Junta de Revisión Institucional o un Comité de Privacidad y que los protocolos de investigación se hayan aprobado para garantizar su privacidad. Podemos divulgar su información de atención médica a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** Podemos divulgar información según lo requieran autoridades militares u oficiales federales autorizados para realizar actividades de seguridad nacional y de inteligencia.
- **Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad:** Podemos divulgar su información de salud protegida, con ciertas restricciones, si es necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública o de otras personas.
- **Víctimas de maltrato, abandono o violencia doméstica:** Podemos divulgar información de salud protegida a las agencias gubernamentales en relación con maltrato, abandono o hechos de violencia doméstica.
- **Indemnización por accidente laboral:** Podemos divulgar PHI en virtud de lo que autorizan las leyes de indemnización por accidente laboral estatales que regulan las lesiones o enfermedades laborales, o en la medida en que sea necesario para cumplir con estas.

### Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización por escrito

Debemos obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud protegida, con ciertas excepciones, para los motivos que se indican a continuación:

- **Comercialización.** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud protegida con fines de comercialización, salvo por ciertas excepciones, como cuando mantenemos comunicaciones en persona con usted con fines de comercialización o cuando proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.
- **Venta de información de salud protegida.** Solicitaremos su autorización por escrito para toda divulgación que se considere una venta de su información de salud protegida; en la actualidad no vendemos ni planificamos vender su información de salud.
- **Otros usos o divulgaciones.** Todo uso o divulgación de su información de salud protegida no descrito en este Aviso solo se realizará con autorización por escrito, salvo que la ley establezca o permita otra cosa.

## **Divulgación de cierta PHI considerada de "extrema confidencialidad".**

Para cierta PHI, las leyes federales y estatales pueden requerir una protección de privacidad más rigurosa. Se incluye la PHI relacionada con:

- Prevención, tratamiento y remisiones por el consumo de alcohol o drogas
- Detección, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA
- Pruebas genéticas
- Notas de psicoterapia

Si la PHI está sujeta a protección más rigurosa, solo la divulgaremos con su autorización por escrito, salvo que la ley autorice o requiera otra cosa.

## **Revocación de una autorización**

Puede revocar una autorización en todo momento por escrito, a menos que se hayan completado las acciones de divulgación de información o que la ley permita usar la información para rebatir un reclamo o una cobertura en virtud del plan. NOTA: Si divulgamos información como resultado de su autorización por escrito, la parte receptora puede volver a divulgarla, en cuyo caso dejará de estar protegida por las normas de privacidad estatales y federales. Sin embargo, la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de información adicional, como es el caso de la información relacionada con el VIH/SIDA, la información de salud mental, la información genética y la información sobre diagnóstico, tratamiento o remisión por alcohol/drogas.

## **Sus derechos respecto a la información de salud protegida**

**Derecho a solicitar su información de salud protegida:** Tiene derecho a inspeccionar, revisar u obtener una copia de la información que conserva Providence Medicare Advantage Plans en su conjunto de registros designado, con ciertas excepciones. El conjunto de registros designado incluye todos los registros que se usan para tomar decisiones sobre usted como miembro. Puede solicitar recibir la copia de la información de salud protegida en fotocopias, así como en otros formatos, por ejemplo como el electrónico, siempre que estén disponibles. Deberá realizar la solicitud por escrito. Cobraremos una tarifa razonable basada en el costo de producir y proporcionar su conjunto de registros designado. Puede solicitar sin cargo una copia de la sección del registro de inscripción y reclamos en relación con apelaciones o quejas. Si negamos su solicitud de información, lo notificaremos por escrito y tendrá derecho a revisar el rechazo, si corresponde. Sus derechos respecto a los registros médicos son similares. No obstante, Providence Medicare Advantage Plans por lo general no tendrá sus registros médicos salvo que los haya recibido de parte de su médico o proveedor para alguno de los objetivos descritos anteriormente. Comuníquese con el consultorio de su médico o la oficina de su proveedor para averiguar cómo recibir una copia.

**Derecho a recibir un detalle de las divulgaciones por parte del Plan:** Tiene derecho a obtener una lista detallando las divulgaciones que realizamos de su información de salud protegida, salvo por las divulgaciones que realizamos para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica,

o las divulgaciones que realizamos con su autorización. El tipo de divulgaciones que normalmente aparecen en esta lista son divulgaciones conforme a requisitos de salud pública, la policía u otros procedimientos legales. Para recibir un detalle de las divulgaciones, deberá realizar una solicitud por escrito y establecer el plazo de detalle de las divulgaciones. Este plazo no podrá superar los 6 años ni ser anterior al 14 de abril de 2003. El primer detalle que solicite por período de 12 meses será sin costo.

**Derecho a modificar su información de salud protegida:** Si considera que su información de salud protegida que mantiene el plan es incorrecta o está incompleta, puede solicitar la modificación o el cambio de la información. Deberá realizar la solicitud por escrito y establecer el motivo para esta. Si realizamos la modificación, lo notificaremos a usted y a los terceros que corresponda, incluidos socios comerciales. Si negamos su solicitud de modificación, lo notificaremos por escrito estableciendo el motivo por el cual se rechaza. Tiene derecho a completar una declaración de desacuerdo por escrito para apelar nuestro rechazo.

**Derecho a comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos por canales específicos respecto al Plan o a recibir la información del Plan en una ubicación específica si la comunicación puede ponerlo en peligro. Por ejemplo, puede solicitar que su información se envíe por mecanismos específicos (por ejemplo, correo postal) o a una dirección en particular. Los métodos para solicitar comunicaciones confidenciales se indican a continuación:

- Todos los miembros de Providence Medicare Advantage Plans tienen derecho a solicitar el envío de su PHI a otra dirección si el envío de la PHI a su dirección actual puede ponerlo en peligro. Providence Medicare Advantage Plans realizará las adaptaciones razonables para este tipo de solicitudes. No deberá explicar por qué considera que está en peligro. Estas solicitudes se pueden realizar oralmente.

**Derecho a recibir un aviso si hay una filtración de información:** Tiene derecho a recibir un aviso si ocurre una filtración de información que involucre su PHI.

**Derecho a solicitar restricciones para el uso y la divulgación de su información de salud protegida:** Tiene derecho a solicitar restricciones o límites respecto a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud, salvo en los casos en que la información es necesaria debido a una emergencia. Si bien podemos acceder a su solicitud de restricciones, no estamos obligados a aceptar estas restricciones. Deberá presentar la solicitud de restricciones por escrito.

### **Protección de su privacidad y seguridad de su información**

Providence Medicare Advantage Plans cuenta con políticas y procedimientos para garantizar la confidencialidad de su PHI. Preservamos la seguridad de su PHI oral, por escrito y electrónica

con mecanismos físicos, electrónicos y de procedimiento. Estas medidas de seguridad cumplen con las leyes federales y estatales. A continuación, se indican algunas de nuestras estrategias para preservar la seguridad de su PHI:

- Los empleados de Providence Medicare Advantage Plans reciben capacitación sobre las normas de privacidad y seguridad y deben firmar una declaración de confidencialidad al inicio del empleo.
- Los empleados reciben capacitación para hablar de la PHI únicamente con las personas que deben acceder a la información, como proveedores o supervisores. También reciben capacitación para no hablar de la PHI en lugares públicos, incluidos los baños o pasillos del plan de salud.
- Si corresponde, los empleados deben cerrar con llave las áreas de almacenamiento y los archivadores.
- Los empleados deben asegurarse de que la PHI por escrito se elimine de forma segura.
- Los empleados deben informar toda violación a la privacidad o seguridad.
- Se requieren nombres de usuario y contraseñas únicos y seguros para acceder al sistema informático. Además, se usan cortafuegos, el encriptado y sistemas de respaldo de datos. Para ingresar a los edificios del plan de salud, es necesario contar con un distintivo de identificación para abrir la puerta.
- Nuestros acuerdos con los proveedores participantes incluyen disposiciones de confidencialidad, conforme a las cuales estos proveedores deben manejar su PHI con los mismos cuidados que Providence Medicare Advantage Plans.
- Conforme a nuestros acuerdos con los socios comerciales que realizan funciones o actividades en nuestro nombre, estos deben preservar de forma adecuada su PHI con el mismo cuidado que Providence Medicare Advantage Plans.

### **Ejercicio de sus derechos:**

Puede ejercer todos los derechos descritos anteriormente comunicándose con Servicio al Cliente. Para acceder a los formularios de autorización y privacidad del miembro, visite:

<https://www.providencehealthplan.com/medicare/medicare-advantage-plans/members/forms-and-documents>

Si tiene preguntas sobre su PHI o considera que se violaron sus derechos de privacidad, comuníquese con Servicio al Cliente de Providence Medicare Advantage Plans al

503-574-8000

1-800-603-2340

Si tiene una discapacidad auditiva y usa un dispositivo de telecomunicación (TTY), comuníquese con nuestra línea de TTY al 711. La asistencia de Servicio de Atención al Cliente está disponible para responder preguntas, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).



Puede enviar su queja por escrito a la siguiente dirección:

Providence Medicare Advantage Plans  
Attn: Appeals and Grievance Dept.  
P.O. Box 4158  
Portland, OR 97208-4158

Puede notificar a la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., si considera que se violaron sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Puede presentar la queja en la Oficina de Derechos Civiles:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Línea de ayuda de la Oficina de Derechos Civiles: 1-800-368-1019

Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

Sitio web: Oficina de Derechos Civiles [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

Si tiene otras consultas sobre las prácticas de privacidad de Providence Medicare Advantage Plans, comuníquese con nuestro Programa de Privacidad al (503) 574-7770.

### **Copias y modificaciones del aviso**

Tiene derecho a recibir una nueva copia de este aviso siempre que lo solicite. Aun si aceptó recibir este aviso por medios electrónicos, tiene derecho a recibir una copia en papel. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y a aplicar el nuevo aviso para toda la información de salud protegida que manejamos. En caso de revisiones, publicaremos las modificaciones del aviso revisado sin demora en nuestro sitio web antes de la fecha de entrada en vigencia del aviso revisado y proporcionaremos el aviso revisado (o información sobre las modificaciones sustanciales y cómo recibir el aviso revisado) en el siguiente envío anual a los suscriptores/miembros cubiertos por el plan. El nuevo aviso también estará disponible en línea en:

<https://www.providencehealthplan.com/medicare/medicare-advantage-plans/members/notice-of-privacy-practices>

### **Fecha de entrada en vigencia de este aviso**

La fecha original de entrada en vigencia de este Aviso es el 14 de abril de 2003. La fecha de la revisión más reciente se indica al pie de página de este Aviso.