BlueCross BlueShield of Oklahoma

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS

En vigor desde el 1.º de octubre de 2022

REVISE ESTE AVISO DETENIDAMENTE. DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE SOLICITAR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) asume el compromiso de proteger su privacidad y entiende lo importante que es salvaguardar la información médica. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés) nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida (PHI, en inglés) que lo identifica o que se podría usar para identificarlo. HIPAA también nos exige que le proporcionemos este *Aviso de prácticas de privacidad*, el cual estipula cuáles son nuestras obligaciones legales, nuestras prácticas de privacidad y sus derechos en cuanto a la PHI que BCBSOK reúne y conserva sobre usted. Por otra parte, las leyes estatales exigen que le proporcionemos un aviso estatal que explique cómo BCBSOK puede usar o divulgar su información financiera personal de carácter privado y que describa cuáles son sus derechos en cuanto a esta información.

Para recibir este aviso de forma electrónica, visite el portal Blue Access for Members℠ (BAM℠), portal protegido para asegurados, en espanol.bcbsok.com e inscríbase.

Esta sección explica cuáles son sus DERECHOS con relación a su PHI y cuál es nuestra obligación en cuanto a estos derechos. Puede ejercer estos derechos enviándonos una solicitud por escrito; la información de contacto figura al final de este aviso.

Derecho a solicitar una copia de su PHI	• Puede solicitar que le permitan ver u obtener una copia de su PHI, incluida en un conjunto de registros designado. • Tenemos 30 días para cumplir con su solicitud, pero podemos tomarnos 30 días adicionales de ser necesario. Podemos cobrar una tarifa razonable y sobre la base del costo para cubrir los gastos asociados con el cumplimiento de su solicitud. • En algunas situaciones, podemos rechazar su solicitud. En ese caso, en la respuesta que le enviemos, le explicaremos el motivo del rechazo, y usted tendrá derecho a que se revise esta decisión.
Derecho a solicitar una enmienda a su PHI	• Puede solicitar una enmienda a su PHI en un registro designado si cree que es incorrecta o está incompleta. • Tenemos 60 días para cumplir con su solicitud, pero podemos tomarnos 30 días adicionales de ser necesario. • Podemos rechazar su solicitud, por ejemplo, si determinamos que su PHI es correcta y está completa o que no fuimos nosotros quienes la creamos. En ese caso, en la respuesta que le enviemos, le explicaremos el motivo del rechazo, y usted tendrá derecho a enviar una declaración de disconformidad.
Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales	• Puede solicitar que nos comuniquemos con usted en un modo específico o que le escribamos a una dirección alternativa. • Si bien debemos cumplir con las solicitudes razonables, no tenemos derecho a pedirle información sobre cómo se tramitará su pago ni tampoco sobre los detalles de sus alternativas de comunicación.
Derecho a solicitar que limitemos la información que podemos usar o compartir	• Puede solicitar que **no** compartamos o usemos una parte de su PHI para tratamientos, pagos y nuestras operaciones. • También puede solicitar que no compartamos una parte de su PHI con sus parientes o amigos, quienes pueden estar involucrados en su atención médica, o para enviar notificaciones, tal como se describe en este aviso. La solicitud debe ser específica y debe indicar el motivo de la restricción y a quién desea que se aplique. Podemos rechazar su solicitud de restricción; no obstante, debemos honrarla si la divulgación de

	su PHI está relacionada con (1) pagos u operaciones de atención médica, siempre que las leyes no indiquen lo contrario, o con (2) un artículo o servicio de atención médica que usted pagó por completo. • Si aceptamos su solicitud de restricción, no podremos divulgar su PHI a menos que debamos divulgarla para un tratamiento de emergencia.
Derecho a solicitar una lista de personas o entidades que recibieron su PHI	• Puede solicitar un detalle de divulgaciones, que consiste en una lista de todas las divulgaciones que realizamos durante los seis años previos a la fecha de su solicitud. Dicha lista no incluirá las divulgaciones realizadas por motivos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica u otras situaciones (más adelante se proporciona más información sobre estas situaciones). • Puede solicitar un detalle en un período de 12 meses. Si solicita más de uno en este lapso de tiempo, podríamos cobrarle una tarifa razonable sobre la base del costo. Le avisaremos antes de cobrarle, y usted podrá retirar o modificar la solicitud si no desea pagar la tarifa. • Tenemos 60 días para cumplir con su solicitud, pero podemos tomarnos 30 días adicionales de ser necesario.
Derecho a solicitar una copia de este aviso	• Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento; para hacerlo, envíenos una solicitud por escrito usando la información de contacto que figura al final de este aviso.
Derecho a elegir a alguien que lo represente	• Si le otorgó a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, dicha persona también puede actuar en su nombre y tomar decisiones por usted. • Comprobaremos que dicha persona tenga el derecho de actuar en su nombre antes de divulgar su PHI.
Derecho a presentar una queja	• Puede presentar una queja directamente ante nosotros si considera que violamos sus derechos de privacidad. Para ello, puede usar la información de contacto que aparece al final de este aviso. • También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para hacerlo, llame al 1-877-696-6775, ingrese en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ (en inglés) o envíe una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201. • No tomaremos ninguna represalia contra usted si decide presentar una queja.

Esta sección explica en qué situaciones debemos obtener su consentimiento antes de compartir su PHI.

Podemos compartir su PHI, luego de haber obtenido su consentimiento oral o escrito, para lo siguiente:	• Puede designar a un pariente, amigo cercano u otra persona que lo ayude con sus decisiones médicas. Divulgaremos su PHI en forma limitada y necesaria para que dicha persona pueda asistirlo (Si usted no puede dar su consentimiento y consideramos, según nuestro criterio profesional, que estamos protegiendo sus intereses, podemos usar o divulgar su PHI para asistirlo en la notificación a un pariente, representante u otra persona que pueda ayudarlo). • Por cuestiones de recaudación de fondos.
No podemos usar ni divulgar PHI sin su consentimiento por escrito para lo siguiente:	• Para fines de mercadotecnia o para nuestro beneficio financiero. • Para divulgar apuntes de psicoterapia. Puede haber otros usos y divulgaciones de su PHI que no están mencionados aquí y que podrían requerir su autorización si dicho uso o divulgación no está exigido o permitido o por ley. Tiene derecho a revocar su autorización por escrito en cualquier momento, excepto en el caso de que ya hayamos usado o divulgado su PHI con base en la autorización inicial.

Esta sección describe los casos en los que las leyes federales nos permiten usar o compartir su PHI.

Si bien la lista no es exhaustiva, le dará una idea clara de los tipos de usos y divulgaciones de rutina que realizamos.

La gestión y el apoyo de la atención médica que recibe	• Podemos usar su PHI y compartirla con los profesionales médicos que le brindan tratamiento, por ejemplo, cuando un prestador de servicios médicos nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar más servicios.
El funcionamiento de nuestra organización	• Podemos usar y divulgar su PHI para gestionar nuestras operaciones comerciales y cumplir con las obligaciones que tenemos con nuestros clientes y asegurados. Por ejemplo, usamos la PHI para solicitudes de cobertura; programas de atención médica; actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de una cobertura médica; y el desarrollo y la mejora de servicios de atención médica de calidad. *(*No podemos usar información genética para rechazar la cobertura médica de una persona).
El pago de sus servicios médicos	• Podemos usar y divulgar su información de salud para procesar sus reclamaciones y pagar a su prestador de servicios médicos; por ejemplo, cuando compartimos información sobre usted para coordinar servicios médicos entre su cobertura dental y nuestra cobertura médica.
La administración de su cobertura	• Podemos usar y divulgar su información de salud al patrocinador de la cobertura médica para la administración de la cobertura. Por ejemplo, si su compañía nos contrata para proporcionar una cobertura disponible a través del empleo, es posible que tengamos que proporcionarles ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Los siguientes son ejemplos de casos en los que podemos usar o divulgar su PHI sin autorización y en los que usted no tiene derecho a plantear una objeción ante dicho uso o divulgación.

Actividades de salud pública	• Podemos divulgar PHI por motivos de salud pública. Esto incluye las divulgaciones a una autoridad de salud pública u otro organismo gubernamental que esté autorizado a reunir y recibir dicha información (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos o FDA, en inglés).
Actividades de supervisión de salud	• Podemos usar o divulgar su PHI siempre que así lo exija una ley federal, estatal o local para la supervisión de salud.
Abuso, negligencia o amenaza grave a la salud o la seguridad	• Podemos divulgar PHI a una autoridad de salud pública o a un organismo gubernamental autorizado por ley para recibir información sobre adultos y niños que son víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. • También podemos divulgar PHI si, según nuestra opinión profesional, es necesario para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad públicas. No obstante, la PHI solo se puede divulgar a una persona si se creyera razonablemente que dicha persona tiene la capacidad de evitar o mitigar tal amenaza.
Iniciativas de investigación	• En determinadas situaciones, podemos divulgar un conjunto de datos limitados para fines de investigación.

Exigencia de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.	• Se nos puede exigir que divulguemos PHI a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de modo que dicho organismo pueda determinar nuestro cumplimiento con las exigencias de la norma definitiva relacionada con los estándares de privacidad de la información de salud que pudiera identificarlo.
Cumplimiento de la ley	• En algunas situaciones, se nos puede exigir que divulguemos su PHI en conformidad con leyes federales, estatales o locales.
Donantes de órganos, médicos forenses y encargados de funerarias	• Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su PHI a una organización que se dedica a la obtención de órganos, en el caso de que fuera necesario facilitar una donación o trasplante. • Podemos divulgar su PHI si lo solicitara un examinador médico, un médico forense o un encargado de funeraria para realizar tareas legamente autorizadas.
Indemnización laboral	• Se nos puede exigir que divulguemos PHI para cumplir con las leyes de indemnización laboral u otros programas similares.
Funciones especializadas del gobierno; actividades de seguridad nacional e inteligencia	• Se nos puede exigir que divulguemos PHI en determinadas situaciones como, por ejemplo, para determinar la elegibilidad de servicios médicos ofrecidos por el Departamento de Asuntos de los Veteranos. • También se nos puede exigir, por ley, que divulguemos PHI a funcionarios federales autorizados por cuestiones de seguridad nacional, actividades de inteligencia o contrainteligencia o la protección del presidente, y a otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros según lo exija la ley.
Respuesta a demandas y acciones legales	• Podemos divulgar su PHI en respuesta a una disposición administrativa o sentencia judicial, pero solo si la divulgación está expresamente autorizada. • También se nos puede exigir que divulguemos PHI en respuesta a una citación, a un pedido de presentación de pruebas u otra solicitud similar.
Autoridades policiales	• Podemos divulgar PHI, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales correspondientes, a autoridades policiales para que respondan ante un delito.
Reclusos	• Podemos usar o divulgar PHI creada o recibida por nosotros para tramitar el pago de servicios de atención médica a un recluso en un centro penitenciario.
Socios comerciales	• Podemos divulgar PHI a un socio comercial que sea una entidad o persona que realice actividades o preste servicios en nuestro nombre que impliquen el uso, la divulgación, el acceso, la creación o el almacenamiento de PHI. En dicho caso, exigiremos al socio comercial que formalice los acuerdos correspondientes antes de iniciar tales servicios o actividades.
Información de salud adicional	• Algunas leyes federales o estatales incluyen requisitos adicionales para el uso o la divulgación de información relacionada con ciertos problemas médicos; nosotros nos regimos por los requisitos que estipulan estas leyes.

También tenemos las siguientes responsabilidades y obligaciones legales:

- mantener la privacidad y seguridad de su PHI;
- notificarlo en el caso de que lo afecte una infiltración de PHI no resguardada;
- proporcionarle una copia en papel de este aviso si así lo solicita;
- respetar los términos de este aviso vigente;
- evitar usar o divulgar PHI en un modo no mencionado en este aviso a menos que usted nos autorice por escrito.

AVISO DE PRIVACIDAD ESTATAL

En vigor desde el 1.º de octubre de 2022

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) reúne información personal de carácter privado sobre usted de su solicitud de cobertura, reclamaciones de atención médica, información de pagos y agencias de informes de crédito. BCBSOK:

- **No** divulgará esta información (incluso si usted deja de ser nuestro cliente) a ningún tercero no afiliado, excepto si usted da su aprobación o si la ley lo exige.
- **Restringirá** el acceso a esta información exclusivamente a aquellos empleados que cumplan funciones necesarias para gestionar nuestras operaciones y prestar servicios a nuestros clientes.
- **Mantendrá** prácticas de seguridad y privacidad que incluyan garantías físicas, técnicas y administrativas para la protección de esta información del acceso no autorizado.
- **Usará** esta información con el único propósito de administrar su cobertura médica, procesar sus reclamaciones, garantizar la facturación adecuada, proporcionarle servicio al cliente y cumplir con la ley.
- **Solo** compartirá esta información según lo requiera o permita la ley, y si fuera necesario, con los siguientes terceros:
    - afiliados de la compañía;
    - socios comerciales que prestan servicios en nuestro nombre (por ejemplo: gestión de reclamaciones, mercadotecnia, apoyo clínico);
    - agentes o corredores de seguros, firmas de servicios financieros, compañías de reaseguros para la reducción de pérdidas (*stop-loss*);
    - agencias reguladoras, gubernamentales y autoridades policiales;
    - su cobertura de atención médica por medio de un empleador.

También tiene derecho a preguntarnos sobre la información financiera de carácter privado que tengamos sobre usted y a solicitar una copia de dicha información.

CAMBIOS EN ESTOS AVISOS

Nos reservamos el derecho a cambiar las prácticas de privacidad descritas en este aviso y a hacer que las nuevas prácticas se apliquen a la totalidad de la PHI que conservamos sobre usted. Si hacemos un cambio, publicaremos el aviso revisado en nuestro sitio web. Puede solicitar una copia en papel usando la información de contacto a continuación. Según los cambios hechos al aviso, es posible que, por ley, debamos enviarle una copia por correo postal.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS

Para obtener información general sobre sus derechos de privacidad, o si desea una copia de estos avisos, visite http://www.espanol.bcbsok.com/legal-and-privacy/privacy-notice-and-forms. Si tiene preguntas sobre este aviso, o si desea ejercitar algún derecho indicado en este aviso, puede comunicarse con nosotros por los siguientes medios:

Por teléfono: llamando al número para llamadas gratuitas que figura en su tarjeta de asegurado o al 1-877-361-7594.

Por escrito: Executive Director,
Privacy Office
Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma
300 E. Randolph St.
Chicago, IL 60601-5099

REVISADO: agosto de 2024

BlueCross BlueShield of Oklahoma

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator voz) 300 E. Randolph St. 35th Floor Chicago, Illinois 60601	Teléfono: TTY/TDD: Fax:	855-664-7270 (correo de 855-661-6965 855-661-6960

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services 200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building 1019 Washington, DC 20201	Teléfono: TTY/TDD: Portal de quejas: Formulario de quejas:	800-368-1019 800-537-7697 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

BlueCross BlueShield of Oklahoma

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您, 或您正在協助的對象, 對此有疑問, 您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員, 請撥電話 號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કૉલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें ।.
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká ánánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkidígíí bee nił h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'į' hodíílnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiekolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کررہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.