



## **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Por ley se nos exige que mantengamos la privacidad de la información médica personal de nuestros miembros asegurados y de sus dependientes y que informemos acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de su información médica personal. Estamos obligados a cumplir los términos de esta Notificación mientras permanezca en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de la presente según sea necesario y de hacer vigente la notificación para toda la información médica personal que conservamos. Se le proveerán copias de las notificaciones revisadas directamente a usted o al patrocinador del plan de su grupo (generalmente su empleador) a través de correo común o correo electrónico con instrucciones para entregar una copia impresa a cada titular de certificado.

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE NUESTRAS PRÁCTICAS EN LO QUE RESPECTA A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE CONSERVAN LAS LÍNEAS DE NEGOCIOS GROUP DENTAL Y EYE CARE DENTRO DE LAS COMPAÑÍAS UNIFI.**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE MÁS ESPECÍFICAMENTE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

### **Información de contacto**

La ley federal exige que todas las entidades afiliadas bajo el control común de la compañía controladora mutua UNIFI, la cual paga el costo de la atención médica, incluida Ameritas Life Insurance Corp. y First Ameritas Life Insurance Corp. of New York, mantengan la privacidad de su información médica protegida y brinden notificaciones de las obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida. La presente cumple con los requisitos establecidos para las notificaciones de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Si tiene preguntas acerca de cualquier sección de esta Notificación de prácticas de privacidad para la información médica protegida y desea más información respecto de las prácticas de información en las compañías UNIFI, envíe sus preguntas a: The Privacy Office, Attn. HIPAA Privacy, P.O. Box 81889, Lincoln, NE 68501-1889, o envíe un correo electrónico a [privacy@ameritas.com](mailto:privacy@ameritas.com).

**ESTA NOTIFICACIÓN SE PUBLICÓ Y ENTRÓ EN VIGENCIA: 14 DE ABRIL DE 2003**

## NUESTRO COMPROMISO RESPECTO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Comprendemos que la información sobre usted y su familia es personal y nos comprometemos a proteger la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Esta notificación explica las formas en las que utilizamos y divulgamos la información médica protegida de usted y sus dependientes cubiertos y los detalles de determinadas obligaciones que tenemos relacionadas con dicho uso y divulgación. También describe sus derechos con respecto a su información médica protegida. **La ley y las políticas internas nos exigen que: nos aseguremos de que la información médica protegida que lo identifica y/o identifica a sus dependientes cubiertos se mantenga en confidencialidad, que le informemos de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad y de sus derechos con respecto a su información médica protegida, y que sigamos las prácticas descritas en esta notificación.**

## QUIÉN SEGUIRÁ LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRITAS EN ESTA NOTIFICACIÓN

Las Prácticas de privacidad para la información médica protegida descritas en esta notificación han sido adoptadas e implementadas por todas las divisiones y asociados que trabajan directa o indirectamente con su información médica protegida dentro de las siguientes compañías UNIFI: Ameritas Life Insurance Corp. y First Ameritas Life Insurance Corp. of New York. Todos los asociados que necesitan acceso a su información médica protegida para ofrecerle sus productos y administrar sus reclamos han recibido la capacitación adecuada acerca de cómo proteger su privacidad, asegurar su información médica protegida y cumplir con nuestras Políticas, prácticas y procedimientos para la privacidad de su información médica protegida.

Con el fin de mantener los costos de su cobertura a un mínimo y brindarle el mejor servicio de atención al cliente, podemos contratar compañías de seguros y/o proveedores externos, denominados "asociados de negocios", para que nos asistan con la administración de su póliza. Por ejemplo, podemos contratar a terceros administradores para procesar reclamos y cobrar pagos de primas o a compañías de destrucción de documentos para que destruyan los registros cuando dejen de ser necesarios. Debido a que estos asociados de negocios necesitan acceso a su información médica protegida para cumplir sus obligaciones con nosotros, les **exigimos** que acuerden por escrito **mantener la confidencialidad de su información médica protegida** de igual modo que nosotros según se describe en esta notificación.

## TIPOS DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE PODEMOS POSEER Y CÓMO LA OBTENEMOS

**Información médica protegida es: toda información que lo identifique y que obtenemos de usted o de otras personas, que se relaciona con su atención médica pasada, presente o futura, incluidos los pagos por dicha atención.**

En el transcurso normal de los negocios, recibimos información médica protegida sobre usted para poder brindarle nuestros productos y servicios. Parte de esta información proviene directamente de usted. Por ejemplo, cuando adquiere uno de nuestros productos de seguro médico para usted y su familia, nos brinda información suya y de sus dependientes cubiertos tal como nombre, dirección, número telefónico, número de seguro social, etc. Parte de la información médica protegida que obtenemos sobre usted proviene de su proveedor. Por ejemplo, a medida que usted o sus dependientes cubiertos utilizan la cobertura, su proveedor de atención médica nos envía información sobre servicios y tratamientos realizados de modo que podamos procesar y pagar sus reclamos. Toda esta información que recibimos sobre usted y sus dependientes cubiertos es necesaria para que le brindemos productos de seguro médico de calidad y para que cumplamos con los requisitos legales.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Las siguientes categorías describen las distintas formas en las que podemos utilizar y divulgar su información médica protegida sin su autorización. Para cada categoría de usos y divulgaciones, le explicaremos a qué nos referimos y brindaremos un ejemplo. No se enumerarán todos los usos y divulgaciones en cada categoría. Todas las formas en las que se nos permite utilizar y divulgar la información se incluirán dentro de una de las categorías identificadas.

**Para pago: podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre usted o sus dependientes cubiertos para verificar su cobertura con su proveedor, procesar pagos de reclamos presentados según su póliza o coordinar beneficios con otra compañía de seguros.** Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor al que ha consultado o planea consultar para aprobar previamente que un tratamiento en particular que usted busca esté cubierto por su plan. También es necesario que nosotros utilicemos la información recibida de su proveedor médico relacionada con los servicios que se le prestaron para que el plan médico pueda pagar al proveedor o darle a usted un reembolso por el costo del tratamiento según los términos del plan. Finalmente, cuando usted posee más de una póliza de seguro que cubre algunos de los mismos procedimientos que su plan con nosotros, puede ser necesario que intercambiamos información de pago con la compañía de su otro plan de seguro para coordinar el pago de su reclamo con ella.

**Para operaciones de atención médica: podemos utilizar o divulgar la información médica protegida de usted o de sus dependientes cubiertos según sea necesario para operar su plan de seguro médico y promover servicio de calidad.** Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su información médica personal por motivos de control o mejora de la calidad, para acreditar proveedores de atención médica, llevar a cabo o acordar revisiones o cumplimiento médico. También podemos

divulgar su información médica personal a otro plan médico, establecimiento de atención médica o proveedor de atención médica por motivos de control de calidad o administración de casos.

**Socios comerciales: podemos divulgar su información médica protegida a otras personas u organizaciones, conocidas como socios comerciales, que proveen servicios en nuestro nombre por contrato.** Sin embargo, para garantizar la protección de su información privada, exigimos que nuestros socios comerciales cumplan con nuestras Políticas de privacidad en lo que respecta al uso y la divulgación de su información médica protegida y resguarden correctamente la información que les revelamos. No autorizamos que nuestros socios comerciales utilicen o divulguen ningún tipo de información médica protegida de ninguna forma excepto con los fines previstos por el contrato. Los socios comerciales tienen expresamente prohibido utilizar su información médica protegida para crear listas de objetivos de comercialización.

**Patrocinadores de planes: podemos divulgar su información médica protegida a su patrocinador de plan (generalmente su empleador).** Nuestra política es no divulgar su información médica protegida a su patrocinador de plan. Pueden existir ocasiones excepcionales en las que su patrocinador de plan solicite información médica protegida. Sólo divulgaremos su información médica protegida a su patrocinador de plan si tenemos su autorización o si el patrocinador del plan certifica que la información se mantendrá en confidencialidad y no se utilizará ni divulgará para tomar medidas y decisiones relacionadas con el trabajo ni junto con ningún otro beneficio o plan de beneficios para empleados del patrocinador de plan.

#### **USOS Y DIVULGACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida con fines de política pública. Por ejemplo:**

**Según lo exige la ley: divulgaremos la información médica protegida sobre usted o sus dependientes cubiertos cuando las leyes federales, estatales o locales nos lo exijan.** Por ejemplo, la ley nos puede exigir que divulguemos cierto tipo de información médica protegida sobre usted en virtud de una orden judicial u orden de comparecencia presentada ante nosotros.

**Acerca de víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica:** por ejemplo, si creemos que usted ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, podemos divulgar su información médica protegida a entidades o agencias gubernamentales autorizadas para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se realizará de acuerdo con los requisitos de las leyes federales y estatales vigentes.

**Compensación laboral:** podemos revelar su información médica protegida con fines de compensación laboral o para programas similares que le brindan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo o enfermedades pero sólo de manera tal que sea de acuerdo con las leyes vigentes.

**Salud pública:** en ocasiones podemos divulgar información médica protegida de usted o de su dependiente cubierto con fines de actividades de salud pública a una autoridad de salud pública a la que se le permite por ley recoger o recibir la información. Una actividad de salud pública sería, por ejemplo, una actividad llevada a cabo por una autoridad de salud pública con el objeto de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, informar de nacimientos, muertes o reacciones a medicamentos, o notificar a las personas acerca de un retiro de productos del mercado que pueden estar utilizando.

#### **USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADAS**

**Periódicamente, usted puede solicitar que divulguemos su información médica protegida a otros individuos o entidades.** Por ejemplo, puede solicitar que divulguemos su historial de reclamos a un abogado que usted haya contratado para asistirlo en un caso civil. **De igual forma, podemos solicitar su permiso para utilizar o divulgar su información médica protegida.** Toda divulgación, tales como las mencionadas que no pertenecen a una de las categorías de la sección anterior, exige que obtengamos su autorización por escrito antes de realizarla. En caso de que usted nos autorice por escrito a utilizar o divulgar su información, puede revocar dicha autorización en cualquier momento escribiendo al Funcionario de privacidad a la dirección indicada más adelante en la sección "Contacto" de la presente notificación.

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica protegida que conservamos acerca de usted. Todas las solicitudes deben realizarse por escrito.

**Derecho a una copia impresa de la presente notificación:** tiene derecho a una copia impresa de esta notificación. Tiene derecho a recibir esta notificación porque usted está asegurado por un plan médico ofrecido por Ameritas Life Insurance Corp. o First Ameritas Life Insurance Corp. of New York. Puede solicitar que le entreguemos una copia de esta notificación en cualquier momento y cumpliremos. Incluso si aceptó recibir esta notificación por medios electrónicos, usted tiene derecho a una copia impresa de la presente si así lo solicitase.

**Derecho a contabilización de divulgaciones:** tiene derecho a solicitar una lista de toda divulgación de su información médica protegida que hayamos realizado y que la ley haya exigido. Esta lista no incluiría las divulgaciones realizadas para usted o de acuerdo con su autorización o solicitud, para el pago de sus reclamos o para operaciones de atención médica, según se describe anteriormente. Su solicitud puede estipular un período de tiempo que no puede superar los seis años ni puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar cómo desea la lista (por ejemplo, en papel, en medio electrónico, fax, etc.) La primera contabilización de divulgaciones que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Podemos cobrarle los costos de proveerle listas adicionales durante el mismo período de 12 meses. En caso de que

incurriera en algún cargo, le notificaremos el costo que implica y usted puede retirar o modificar su solicitud antes de que se produzca algún gasto.

**Derecho a solicitar una enmienda:** tiene derecho a solicitar una enmienda de su información médica protegida que conservamos si considera que nuestra información es incorrecta o está incompleta. Tiene el derecho a solicitar enmiendas por el tiempo que las compañías UNIFI conserven la información o que ésta se conserve para las mismas. Debe brindar un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de una enmienda si no se realiza por escrito o no incluye motivos que la respalden. También podemos rechazar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que: 1) nosotros no creamos, 2) no es parte de la información médica que conserva una compañía UNIFI o que se conserva para ella, 3) no es parte de la información que se permitiría inspeccionar y copiar de acuerdo con la ley, o bien 4) es exacta y está completa.

**Derecho a solicitar una restricción:** tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación de su información médica protegida que utilizamos o divulgamos para operaciones de pago o planes médicos. También tiene el derecho a solicitar un límite de la información médica protegida sobre usted que divulgamos para alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos una restricción solicitada, cumpliremos con la misma a menos que la información se necesite para brindar tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito. En la misma, debe informarnos (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar la utilización, divulgación o ambas y (3) a quién desea que se apliquen dichos límites.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con el pago de sus servicios médicos a través de medios alternativos (tales como fax) o a una ubicación alternativa (tal como su oficina). Para solicitar comunicaciones confidenciales debe realizar su solicitud por escrito. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted.

**Derechos a inspeccionar y copiar:** tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que conservamos sobre usted y que se puede utilizar para tomar decisiones acerca de los pagos de su atención. Para inspeccionar la información médica protegida, puede comunicarse con el Funcionario de privacidad. Para obtener copias de dicha información, debe presentar su solicitud por escrito según se indica a continuación. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle un cargo por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales asociados con su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar en un muy limitado número de circunstancias específicas. Si se le niega el acceso a su información médica protegida, en la mayoría de los casos puede solicitar que revise el rechazo un profesional de atención médica matriculado que no haya participado en la decisión de rechazo de acceso. Acataremos la decisión de la revisión.

**Derecho a presentar reclamos:** si cree que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar un reclamo ante la Oficina de privacidad de las compañías UNIFI o ante la Secretaría de salud y recursos humanos:

UNIFI Companies Privacy Office  
Attn. HIPAA Privacy  
P.O. Box 81889  
Lincoln, NE 68510

Secretary, Health and Human Services, Office of Civil Rights  
United States Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F  
HHH Building  
Washington D.C. 20201

Ningún reclamo que presente hará que usted sufra represalias por parte de nuestra compañía. Investigaremos su reclamo rápidamente tan pronto como lo recibamos. Cuando hayamos completado nuestra investigación, le notificaremos nuestras conclusiones. Si la investigación revela que sus derechos a la privacidad efectivamente se han violado, tomaremos de inmediato las medidas correspondientes para corregir dicha violación de acuerdo con nuestras Prácticas y procedimientos de privacidad.

### **Contacto de derechos del individuo**

Para hacer valer sus derechos con respecto a esta notificación u obtener un formulario de autorización, comuníquese al 1-800-487-5553 y solicite el formulario correspondiente.

### **Fecha de vigencia**

La presente notificación entrará en vigencia a partir del 14 de abril de 2003.

