



## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA CON ATENCIÓN.**

Estimado socio de MDwise:

Esta notificación es para hablarle de su derecho a la privacidad. Usted tiene derechos sobre la información médica que tenemos acerca de su persona. A MDwise le interesa su privacidad. Protegemos su derecho a la privacidad. Llámenos al 1-800-356-1204 o llame al 317-630-2831 si se encuentra en el área de Indianápolis, para hacernos llegar sus comentarios sobre esta notificación. Usted puede solicitar ver una copia de la información médica sobre su persona. Cuando llame, solicite hablar con una persona responsable de la mantención de su privacidad:

Esperamos que siga bien.

MDwise

### **Resumen de Las Prácticas de Privacidad**

Podemos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización, por cuestiones relacionadas con su tratamiento, pagos, actividades pertinentes a la atención médica y, cuando así lo exija y autorice la ley, para actividades de salud e interés público, con fines de aplicación de la ley, en procedimientos judiciales y administrativos, con fines de investigación y para determinadas actividades de beneficio público.

Podemos divulgar su información médica a sus familiares, amigos u otras personas a quienes usted permita participar en su atención médica o el pago de la misma, y a los organismos públicos y privados pertinentes en caso de situaciones de desastre.

Con estas excepciones, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito. Usted tiene derecho a examinar y recibir una copia de su información médica y a recibir una notificación respecto de determinadas divulgaciones que hagamos de su información médica, y a solicitar que corriamos, restrinjamos aún más la utilización y divulgación de su información médica personal o que las comunicaciones con usted acerca de su información médica mantengan carácter confidencial.

Por favor, lea esta notificación completa para conocer detalles acerca de qué usos podemos dar a su información médica y cómo podemos revelarla, acerca de sus derechos y como ejercerlos, y acerca de los reclamos e información adicional acerca de nuestras prácticas de privacidad.

### **Organismos Cubiertos Por Esta Notificación**

Esta notificación se aplica a las prácticas de privacidad de MDwise, Inc.

### **Nuestros Deberes Legales**

Las leyes federales y estatales vigentes nos exigen mantener la confidencialidad de su información médica. También nos exigen que le entreguemos esta notificación sobre nuestras prácticas de confidencialidad, nuestros deberes legales y nuestros derechos relacionados con su información médica. Mientras esté vigente, debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en esta notificación. Esta notificación entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y tendrá vigencia a menos que la reemplacemos.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de confidencialidad y los términos de esta notificación en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios estén permitidos por las leyes vigentes. Nos reservamos el derecho de aplicar los cambios en nuestras prácticas de confidencialidad y los nuevos términos de nuestra notificación a toda la información médica que almacenamos, incluida la información médica generada o recibida antes de hacer dichos cambios. En caso de cambios significativos en nuestras



## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

prácticas de confidencialidad, modificaremos esta notificación y le enviaremos una nueva notificación dentro de los sesenta (60) días de producido el cambio.

Usted puede solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de confidencialidad, o para solicitar copias adicionales de esta notificación, comuníquese con nosotros según se detalla al pie de esta notificación.

### Uso y Divulgación de La Información Médica

#### **Utilizaremos y divulgaremos información médica sobre usted con fines de tratamiento, pagos, y operaciones relacionadas con la atención médica. Por ejemplo:**

**Tratamiento:** Podemos divulgar su información médica sin su autorización a un médico u otro prestador de atención médica a fin de brindarle tratamiento.

**Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización para determinar su elegibilidad, procesar sus reclamos o pagar los gastos de los servicios cubiertos que recibe conforme su plan de beneficios. Además, podemos divulgar su información médica y entregarla a un prestador de atención médica o a otro plan de salud para que dicho prestador o plan pueda recibir un pago o para realizar otras actividades relacionadas con pagos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted sin su autorización para realizar actividades relacionadas con la atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen, por ejemplo, evaluación de la calidad de la atención médica, actividades de mejora y administrativas en general.

Podemos divulgar su información médica y entregarla a otro plan de salud o prestador de servicios de atención médica sujetos a las leyes federales de protección de la confidencialidad, siempre y cuando el plan o prestador haya estado relacionado con usted y dicha información sirva para actividades relacionadas con la evaluación y mejora de la calidad de la atención médica del plan o prestador, para la evaluación de las competencias y calificaciones de los mismos o para actividades relacionadas con la revisión y la detección y prevención de fraudes y abusos.

**Su autorización:** Usted puede autorizarnos por escrito a utilizar su información médica o divulgarla a cualquier persona, con cualquier propósito. Si nos autoriza, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará cualquier uso o divulgación permitido por su autorización, mientras ésta estuvo vigente. A menos que nos autorice por escrito, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica personal para ningún fin que no esté contemplado en esta notificación.

**Familiares, amigos y otras personas involucradas en su atención o el pago por su atención:** Podemos divulgar su información médica sin su autorización a un familiar, amigo o a otra persona designada por usted para participar en su atención médica o el pago de la misma. Divulgaremos solamente la información médica relevante en términos de la participación de esta persona. Podemos utilizar o divulgar su nombre, residencia y estado general de salud con fines de notificación, o para asistir a un organismo público o privado a localizarlo y notificarlo, a las personas responsables de su atención médica, en las situaciones adecuadas, tales como emergencias médicas o medidas de socorro ante una catástrofe.

Antes de divulgar la información, le brindaremos la oportunidad de rehusarse a que sea divulgada. Si usted no está presente o está incapacitado, o en caso de emergencia o situación de catástrofe, utilizaremos nuestro



## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

criterio profesional para determinar si divulgar o no su información médica, según consideremos que es lo mejor para usted dadas las circunstancias.

**Productos y servicios relacionados con la salud y recordatorios de citas:** Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle que tiene una cita. Podemos usar su información médica para informarle acerca de productos, beneficios y servicios relacionados con la salud, y acerca del pago de dichos productos, beneficios y servicios, provistos o incluidos en su plan de beneficios, y también acerca de alternativas de tratamiento que puedan resultar de su interés. En estas comunicaciones, es posible que incluyamos información sobre los prestadores de atención médica pertenecientes a nuestra red, enmiendas y mejoras en nuestro plan de salud, y productos o servicios relacionados con la salud disponibles exclusivamente para nuestros asociados y que agregan valor a nuestro plan de beneficios, aunque no formen parte del mismo.

**Actividades de salud pública y en beneficio público:** Podemos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización cuando así lo exija y autorice la ley, para actividades de salud e interés público, con fines de aplicación de la ley, en procedimientos judiciales y administrativos, con fines de investigación y para determinadas actividades de beneficio público:

- con fines de salud pública, entre ellos informar enfermedades y estadísticas vitales, abuso/maltrato infantil y abuso/maltrato o abandono de adultos, o violencia doméstica;
- para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad;
- con fines de supervisión de la atención médica, por ejemplo actividades de los comisionados de seguros del estado, autoridades licenciantes y de revisión por los colegas, y organismos con capacidad para actuar a fin de prevenir fraudes;
- con fines de investigación;
- en respuesta a órdenes de tribunales o administrativas y en otros procesos judiciales;
- a funcionarios de aplicación de la ley en relación con víctimas de crímenes, crímenes perpetrados en nuestras instalaciones, información de crímenes en salas de emergencia o para identificar o localizar a sospechosos u otras personas;
- a funcionarios encargados de investigar causas de muerte sospechosas, médicos forenses, directores de funerales o organizaciones de suministro de órganos para trasplantes;
- a las fuerzas armadas, funcionarios federales relacionados con actividades inherentes al espionaje y contraespionaje legales o la seguridad nacional, institutos correccionales y organismos de aplicación de la ley en relación con personas detenidas legalmente; y
- conforme lo autorizan las leyes de indemnización de trabajadores del estado.

### Derechos Del Individuo

**Acceso:** Usted tiene derecho a examinar y recibir una copia de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe solicitar acceder a su información médica por escrito. Debe presentar su solicitud a la dirección de contacto que aparece al final de esta notificación. Allí podrá obtener un formulario para hacer la solicitud.

Es posible que le cobremos honorarios razonables, basados en los costos, por la copia de su información médica, por enviarle la copia por correo o por redactar cualquier resumen o explicación de la información médica que solicita. Para más información sobre los honorarios, comuníquese con nosotros utilizando la información al final de esta notificación.

**Justificación de la divulgación:** Usted tiene derecho a una lista de circunstancias vigente a partir del 13 de abril de 2003 según la cual divulgamos su información médica con fines que no estén relacionados con el



## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

tratamiento, pago, actividades de atención médica, conforme su autorización, o para determinadas otras actividades.

Debe presentar su solicitud a la dirección de contacto que aparece al final de esta notificación. Allí podrá obtener un formulario para hacer la solicitud. Le brindaremos información sobre cada una de las divulgaciones que hayamos hecho durante el período que usted solicita que justifiquemos, con la salvedad de que no estamos obligados a justificar una divulgación hecha más de 6 años antes de la fecha de su solicitud, y en ningún caso a justificar una divulgación anterior al 14 de abril de 2003. Si usted solicita este tipo de justificación más de una vez durante un período de 12 meses, podemos cobrarle unos honorarios razonables, basados en los costos, por responder a sus solicitudes adicionales. Para más información sobre los honorarios, comuníquese con nosotros utilizando la información al final de esta notificación.

**Enmienda:** Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su información médica. Su solicitud debe ser presentada por escrito y debe incluir una justificación de por qué se debe enmendar la información. Debe presentar su solicitud a la dirección de contacto que aparece al final de esta notificación. Allí podrá obtener un formulario para hacer la solicitud.

Existen determinados motivos solamente por lo cuales podemos negarle su solicitud. Si denegamos su solicitud, le brindaremos una justificación por escrito. Si aceptamos su solicitud, incluiremos la enmienda en su información médica y haremos todos los esfuerzos razonables para informar acerca de la enmienda a otros que sepamos que tienen y podrían utilizar su información no enmendada en detrimento suyo, así como a las personas que usted desee que sean notificadas de la enmienda.

**Restricción:** Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso y divulgación de su información médica con fines de tratamiento, pagos o actividades relacionadas con la salud, o a familiares, amigos u otras personas designadas por usted. No estamos obligados a acceder a su solicitud. En caso de acceder, nos regiremos por dicho acuerdo, excepto en caso de una emergencia médica o conforme lo exija o autorice la ley. Debe presentar su solicitud a la dirección de contacto que aparece al final de esta notificación. Allí podrá obtener un formulario para hacer la solicitud. Cualquier acuerdo destinado a solicitar una restricción debe presentarse por escrito y estar firmado por una persona autorizada obligarnos a cumplir con dicho acuerdo.

**Comunicación confidencial:** Usted tiene derecho a solicitar que las comunicaciones con usted o relacionadas con su información médica se mantengan confidenciales, enviándolas por medios alternativos o a lugares alternativos especificados por usted. Usted debe presentar su solicitud por escrito, y aclarar que si la información no le es comunicada de forma confidencial tal como usted lo solicita esto podría representar un peligro para usted. Debe presentar su solicitud a la dirección de contacto que aparece al final de esta notificación. Allí podrá obtener un formulario para hacer la solicitud.

Haremos lugar a su solicitud siempre que sea razonable y especifique los medios alternativos o lugar alternativo para hacer llegar la información confidencial y nos continúe permitiendo cobrar primas y pagar por reclamos reconocidos en su plan de salud, que incluye la emisión de explicaciones de beneficios al suscriptor de dicho plan de salud. Por favor, recuerde que toda explicación de los beneficios y otra información que enviemos al suscriptor sobre la atención médica que haya recibido que usted no haya pedido que se comunique en forma confidencial, o sobre la atención médica recibida por el suscriptor u otras personas cubiertas por el plan de salud en el que participa, puede contener información suficiente como para revelar que usted obtuvo atención médica paga, aun en caso de que haya solicitado que las comunicaciones sobre su persona y atención médica sean confidenciales.



## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Derecho a obtener una copia impresa:** Si usted recibe esta notificación en nuestro sitio web o mediante correo electrónico (correo-e), tiene derecho a recibir esta notificación por escrito. Para recibir esta notificación por escrito, comuníquese con nosotros utilizando la información al final de esta notificación.

### **Preguntas y reclamos**

Para más información sobre nuestras prácticas de confidencialidad, o tiene alguna duda o consulta, comuníquese con nosotros según se detalla al pie de esta notificación.

Si tiene dudas respecto de que hayamos violado su derecho a la privacidad, o si no está de acuerdo con alguna de las decisiones que tomamos respecto del acceso a su información médica, en respuesta a una solicitud suya de enmienda de su información médica, restricción de su uso o divulgación, o comunicación en forma confidencial, puede presentar su reclamo utilizando la información de contacto que aparece al final de esta notificación. También puede presentar un reclamo por escrito ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, Washington, D.C. 20201. Puede comunicarse a la línea de atención de la Oficina de derechos civiles al 1-800-368-1019.

Avalamos su derecho a la confidencialidad de su información médica. No tomaremos ninguna represalia en caso de que decida presentar un reclamo ante el Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU.

Oficina de contacto: MDwise, Atención: Funcionario responsable de los temas de confidencialidad  
Teléfono: 1-800-356-1204 o 317-630-2831  
Correo-e: [legal@mdwise.org](mailto:legal@mdwise.org)  
Dirección: P.O. Box 441423, Indianápolis, IN 46244-1423