

Aviso de prácticas de privacidad Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

El contenido detallado aquí ha sido adaptado del aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder a esta información. **Revíselo con atención.**

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones.
- Corregir su registro de salud y registro de reclamaciones.
- Pedir que las comunicaciones sean confidenciales.
- Pedir que limitemos la información que divulgamos.
- Recibir una lista de aquellas personas con las que hayamos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para actuar en representación suya.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Puede elegir cómo usamos y divulgamos su información cuando:

- Respondemos consultas de cobertura de su familia o amigos.
- Brindamos asistencia en caso de desastres.

Uso y divulgación

Podemos usar y compartir (*divulgar*) su información al:

- Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe.
- Trabajar en nuestra organización.
- Pagar por sus servicios de salud.
- Administrar su plan de salud.

- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.
- Investigar.
- Cumplir con la ley.
- Responder a una solicitud de donación de órganos o tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria.
- Pagar la compensación de los trabajadores, cumplir con la ley u otros pedidos gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Tiene ciertos derechos respecto a su información de salud. En esta sección de nuestra página web se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarle.

Para ejercer sus derechos, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.

Recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones.

- Puede pedir ver o recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y registros de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrarle un importe razonable basado en el costo.

Pídanos que corrijamos su registro de salud y sus registros de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos su registro de salud y sus registros de reclamaciones si piensa que tienen errores o están incompletos. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.

- Podemos rechazar su solicitud, pero le diremos la razón, por escrito, en un plazo de 60 días.

Pídanos que las comunicaciones sean confidenciales

- Puede pedir que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o su oficina) o enviar el correo a una dirección diferente.
- Tomaremos en consideración todas las solicitudes razonables, y aceptaremos si nos dice que al no hacerlo estará en peligro.

Pídanos que limitemos qué información usamos o divulgamos

- Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afecta su atención médica.

Reciba una lista de aquellas personas con las que hemos compartido información

- Puede pedir una lista (llamada una *solicitud de contabilidad*) de las veces que hemos compartido su información de salud, con quién la hemos compartido y por qué lo hicimos, hasta seis años antes de la fecha en que la solicite.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, entre otras divulgaciones determinadas (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Le daremos una solicitud de contabilidad por año gratis, pero cobraremos un importe razonable basado en costos si pide otro dentro de los mismos 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad.

Puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso electrónicamente. Le daremos una copia en papel de inmediato.

Elija a alguien para actuar en representación suya

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para cuestiones médicas o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones acerca de su información de salud.

- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomemos cualquier medida.

Presente una queja si siente que se están vulnerando sus derechos

- Puede presentar una queja si siente que hemos vulnerado sus derechos, al contactarnos en la Oficina de Privacidad de Blue Cross Blue Shield of Arizona, 2444 W. Las Palmaritas Dr., Phoenix, AZ 85021; o al llamarnos al **1-800-232-2345, ext. 2255 or 602-864-2255, TTY: 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; al llamar al **1-877-696-6775**; o al visitar **[hhs.gov/hipaa/index.html](https://www.hhs.gov/hipaa/index.html)**.
- No tomaremos represalias si presenta una queja.

Sus opciones

Tiene derecho a elegir personas específicas, familia, amigos cercanos u otros, con los que compartiremos determinada información de salud, en situaciones específicas. Estas son:

1. Personas que estén involucradas en ayudarlo a recibir atención médica y pagar servicios, como:
 - a. Un amigo que a veces busca recetas para usted.
 - b. Un familiar cercano que maneja sus facturas médicas.
 - c. Un hijo o una hija que va con usted a las consultas médicas.
2. Las personas que quiere que contactemos en caso de una emergencia médica.

En una situación de desastre, puede que le convenga que compartamos su información protegida de salud con entidades públicas o privadas que tengan permitido acceder a esta información legalmente para asistir en iniciativas de socorro en caso de desastre. Sin embargo, **la elección es suya**. Puede comunicarnos si nos da su permiso o no para compartir esta información con organizaciones de socorro en caso de desastres. Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en alguna de estas situaciones detalladas

anteriormente, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

Si no es capaz de expresar su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir un amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad.

En los siguientes casos, *nunca* divulgamos su información, a no ser que nos autorice por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

Uso y divulgación

¿Cómo solemos usar y divulgar su información de salud?

Solemos usar y divulgar su información de salud para:

Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe.

Podemos usarla y divulgarla con los profesionales que lo tratan.

Ejemplo: Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Trabajar en nuestra organización.

- Podemos usar y divulgar su información para trabajar en nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No nos está permitido usar información genérica para decidir si le daremos cobertura ni para decidir el costo de la cobertura. Esto no aplica a planes de atención médica de larga duración.

Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por sus servicios de salud.

Podemos utilizar y divulgar su información de salud al pagar por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar pagos para sus procedimientos dentales.

Administrar su plan de salud.

Podemos divulgar su información de salud al promotor de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proveer un plan de salud y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para justificar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar y divulgar su información de salud?

Estamos autorizados u obligados a compartirla de otras maneras, en general en maneras que contribuyen al bien común, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de acuerdo a la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información sobre esto, visite hhs.gov/hipaa/index.html.

Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.

Podemos divulgar su información de salud para ciertos fines determinados de salud pública, como, por ejemplo:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con el retiro de productos.
- Reportar reacciones adversas (como efectos secundarios negativos o reacciones alérgicas) a medicamentos.
- Informar de sospechas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar.
- Prevenir o disminuir un riesgo grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Investigar.

Podemos utilizar y divulgar su información para investigaciones clínicas.

Cumplir con la ley.

Compartiremos información acerca de usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Responder a una solicitud de donación de órganos o tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria.

- Podemos divulgar su información médica con organizaciones que trabajan con donación y trasplante de órganos, ojos o tejido.
- Cuando una persona muere, podemos compartir su información de salud con un funcionario forense, médico forense o el director de una funeraria.

Pagar la compensación de los trabajadores, cumplir con la ley u otros pedidos gubernamentales.

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamaciones de compensación de los trabajadores.
- Para cumplir con la ley o con un oficial de las fuerzas policiales.
- Con agencias que supervisan la salud para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como el ejército, la seguridad nacional o servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales.

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés).
- Le informaremos de inmediato si hay una violación que comprometa su privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad detalladas en este aviso.

- Si pide una copia impresa de este aviso, debemos darle una.
- No usaremos ni compartiremos su información para nada que no esté descrito aquí a no ser que nos indique por escrito que podemos compartirla. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambió de opinión.

Para obtener más información sobre esto, visite [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

Cambios a las condiciones de este aviso

Efectivo el 14 de abril de 2013

Podemos cambiar las condiciones de este aviso en cualquier momento y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestra página web, [azblue.com/hcpathway](https://www.azblue.com/hcpathway). En nuestro correo anual posterior a los cambios hechos, incluiremos una copia del aviso revisado o una explicación de los cambios, así como también indicaciones sobre cómo obtener una copia del aviso revisado.

Si tiene alguna inquietud o pregunta sobre la HIPAA, comuníquese con nosotros al **602-864-2255** o al **1-800-232-2345**, ext. **2255**. También puede enviarnos un correo electrónico a privacy@azblue.com o enviarnos por fax los documentos de la HIPAA al **602-544-5661**.

Si usted o alguien a quién está ayudando tiene dudas sobre BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP), tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma de manera gratuita.

BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® de Arizona (BCBSAZ), un licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Notice of Non-Discrimination



Health
Choice

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice Pathway (HMO D-SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy and sexual orientation). BCBSAZ Health Choice Pathway does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy and sexual orientation).

BCBSAZ Health Choice Pathway:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

BCBSAZ Health Choice Pathway
Attn: Civil Rights Coordinator

Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072

Phone: 1-800-656-8991, TTY: 711

8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week

Fax: 480-760-4739

Email: HCHComments@azblue.com

If you believe that BCBSAZ Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy and sexual orientation), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

BCBSAZ Health Choice Pathway
Attn: Civil Rights Coordinator

Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072

Phone: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at
hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

BCBSAZ Health Choice Pathway is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

H5587_D40034PY25_C

Aviso de No Discriminación



Health
Choice

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo y la orientación sexual). BCBSAZ Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo y la orientación sexual).

BCBSAZ Health Choice Pathway:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

BCBSAZ Health Choice Pathway
Coordinador de Derechos Civiles

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991, TTY: 711

de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

Fax: 480-760-4739

Correo electrónico: HCHComments@azblue.com

Si considera que BCBSAZ Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo y la orientación sexual), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

BCBSAZ Health Choice Pathway
Coordinador de Derechos Civiles

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Correo electrónico:

HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**.

BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.
H5587_D40034PY25_C

Multi-language Interpreter Services



Health
Choice

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-656-8991**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-656-8991**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo: T'áá hait'éeego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídikid nee hólóqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíik'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohjji' **1-800-656-8991** nihich'ji' hodílnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áá jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

Chinese Mandarin: 我们提供免费^的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1-800-656-8991**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 **1-800-656-8991**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-656-8991**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-656-8991**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-656-8991** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-656-8991**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-656-8991** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Multi-language Interpreter Services



Health
Choice

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-656-8991**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية **1-800-656-8991** ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-656-8991** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-656-8991**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-656-8991**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-656-8991**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-656-8991**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-656-8991** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。