

## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.**

Cigna-HealthSpring crea registros acerca de usted, y del tratamiento y los servicios que le proporciona. La información que recopilamos se denomina Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Tomamos muy en serio nuestra obligación de proteger y mantener la confidencialidad de su PHI. Las leyes federales y estatales nos exigen que protejamos la privacidad de su PHI, que le proporcionemos este Aviso sobre cómo la protegemos y la usamos y que le notifiquemos si se produce una violación de su PHI no segura. Al usar o divulgar su PHI, estamos obligados por los términos de este Aviso. Este Aviso se aplica a todos los registros electrónicos o en papel que creemos, obtengamos o mantengamos que contengan su PHI.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Este Aviso tiene fecha de entrada en vigor el 23 de septiembre de 2013 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos. Mientras esté vigente, debemos cumplir con las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso. Podremos modificar los términos de este Aviso en cualquier momento, y podremos, a nuestra entera discreción, hacer valer los nuevos términos para toda la PHI que tengamos en nuestro poder, incluida la PHI que hayamos creado o recibido antes de emitir el nuevo Aviso. Si modificamos este Aviso, lo actualizaremos en nuestro sitio web y, si está inscrito en uno de nuestros

planes de beneficios en ese momento, le enviaremos el nuevo Aviso, según lo exigido. Además, puede solicitar una copia del Aviso llamando al número de teléfono gratuito de Atención al cliente que está impreso en su tarjeta de identificación. Si usted es paciente de una de nuestras clínicas, le daremos el nuevo Aviso cuando reciba tratamiento en una de nuestras instalaciones, según lo exigido, y publicaremos cualquier nuevo Aviso en un lugar destacado en cada una de nuestras instalaciones.

### **CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS SU PHI**

Podremos usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes fines:

#### **Tratamiento**

- Para comunicarla al personal de enfermería, médicos, farmacéuticos y otros profesionales de atención médica, a fin de que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarle a obtener los servicios y el tratamiento que pueda necesitar; por ejemplo, para pedir análisis de laboratorio y usar los resultados.
- Para coordinar su atención médica y los servicios relacionados; por ejemplo, para recordarle que tiene una cita o para alentarle a hacerse exámenes preventivos o a darse vacunas.

## **Pago**

- Para recibir el pago de primas, si corresponde, y para administrar reclamos.
- Para realizar determinaciones con respecto a la cobertura; por ejemplo, para hablar con un profesional de atención médica sobre el pago de los servicios que se le proporcionan.
- Para coordinar los beneficios con otra cobertura que pueda tener; por ejemplo, para hablar con otro plan de salud o compañía de seguros de salud con la que tenga cobertura, para determinar la cobertura que le corresponde.
- Para obtener el pago de un tercero que pueda ser responsable de dicho pago; por ejemplo, los programas estatales de asistencia farmacéutica.

## **Operaciones relacionadas con la atención médica**

- Para brindar Servicio al cliente y otras actividades comerciales, incluidos los programas de detección de fraude y abuso y de cumplimiento de las normas respectivas.
- Para brindar apoyo y mejorar los programas o los servicios que le ofrecemos.
- Para ayudarlo a controlar su salud; por ejemplo, para brindarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede tener derecho.
- Para brindar apoyo a otro plan de salud, compañía de seguros de salud o profesional de atención médica con el que usted mantenga una relación, para que pueda mejorar los programas que le ofrece; por ejemplo, para la administración de casos.

## **Divulgaciones a terceros que participan en su atención médica.**

- Si usted está presente o puede ordenarnos que lo hagamos de

alguna otra manera, podremos divulgar su PHI a terceros; por ejemplo, a un familiar, un amigo cercano o a la persona a cargo de su cuidado.

- Si usted se encuentra en una situación de emergencia, no está presente o está incapacitado, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si la divulgación de su PHI a terceros es lo mejor para usted. Si efectivamente divulgáramos su PHI en una situación en la que usted no estuviera disponible, divulgaríamos únicamente información que fuera directamente relevante para que la persona en cuestión pudiera participar en su tratamiento o para el pago relacionado con su tratamiento. También podremos divulgar su PHI para notificar, o ayudar a notificar, a dichas personas sobre su ubicación, su condición médica general o su fallecimiento.

## **Divulgaciones a proveedores y organizaciones de acreditación.**

Podremos divulgar su PHI a:

- Compañías que prestan determinados servicios que hemos solicitado. Por ejemplo, es posible que contratemos a proveedores para que nos ayuden a proporcionar información y orientación a afiliados que sufren afecciones crónicas como diabetes y asma.
- Organizaciones de acreditación tales como el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para fines relacionados con la evaluación de la calidad.

Tenga en cuenta que antes de transmitir su PHI, obtenemos un compromiso por escrito del proveedor o de la organización de acreditación de proteger la privacidad de su PHI.

**Salud o seguridad.** Podremos divulgar su PHI para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad, o para la salud o la seguridad del público en general.

**Salud pública y actividades de supervisión de la salud.** Podremos divulgar su PHI para hacer denuncias a autoridades de salud pública, para denunciar casos de abuso, abandono o violencia familiar y a las agencias gubernamentales responsables de la supervisión del sistema de atención médica.

**Investigación.** Podremos divulgar su PHI con fines de investigación, pero solo de conformidad con lo que la ley permita.

#### **En los casos que exija la ley.**

Podremos divulgar su PHI:

- A agencias estatales o federales para asegurarnos de estar cumpliendo con la ley.
- En respuesta a una orden judicial o una citación, siempre que se cumplan determinados requisitos.
- A agencias o funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes, cuando así lo exija una orden judicial.
- Para procedimientos judiciales y administrativos, cuando así lo exija una orden judicial, una citación u otro tipo de solicitud.
- A determinados organismos gubernamentales, como las divulgaciones a las fuerzas armadas de los EE. UU.
- Cuando sea necesario para cumplir con las leyes de seguro de accidentes de trabajo en relación con una enfermedad o lesión laboral.

#### **USOS Y DIVULGACIONES DE LA PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Obtendremos su permiso o autorización por escrito antes de usar o divulgar

su PHI para cualquier otro fin que no esté incluido en este Aviso. Por ejemplo, se necesita su permiso para:

- Usar y divulgar PHI para comunicaciones de comercialización cuando recibamos un pago directo o indirecto para hacer las comunicaciones de un tercero cuyo producto o servicio se esté comercializando;
- Divulgar PHI para fines que constituyan una venta de PHI; o
- Usar y divulgar información genética suya o de sus dependientes para la evaluación de riesgos médicos.

Para determinados tipos de PHI, es posible que la legislación federal y estatal exija una mayor protección de la privacidad y solo podremos divulgar dicha información con su permiso escrito, salvo en los casos en que la ley específicamente lo permita o lo exija. Esto incluye PHI de la siguiente naturaleza:

- Incluida en notas de psicoterapia.
- Sobre prevención, tratamiento y referencias por alcoholismo y drogadicción.
- Sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento por VIH/SIDA.
- Sobre enfermedades venéreas y contagiosas.
- Sobre pruebas genéticas.

Usted puede revocar este permiso por escrito en cualquier momento. En ese caso, dejaremos de usar su PHI para ese fin, pero no podremos dejar sin efecto las medidas que se hayan tomado antes de que usted revocara su permiso.

#### **SUS DERECHOS INDIVIDUALES**

Para ejercer los derechos que se describen a continuación, es posible que se le pida que complete y envíe el formulario correspondiente, que puede

pedir llamando al número de Servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación. Usted tiene derecho a:

- **Solicitar restricciones** al modo en que se usa o se transmite su PHI con fines de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la atención médica. No estamos obligados legalmente a aceptar su solicitud, pero si lo hacemos, ese acuerdo será vinculante. No obstante, si usted es paciente de una de nuestras clínicas, respetarán su solicitud, en la medida permitida por la ley, de no divulgar información a nosotros ni a ninguna otra aseguradora sobre una visita médica, un servicio o un medicamento con receta por el que pague la cantidad total al momento del servicio.
- **Inspeccionar y obtener una copia** de la PHI acerca de usted que esté incluida en determinados registros en papel o electrónicos que mantengamos. Las copias se proporcionarán en una forma o formato que sea “fácilmente producible”, lo que significa que tengamos la capacidad, en términos razonables, de producir los registros en una forma legible.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** por medio de las cuales las comunicaciones con PHI se enviarán a un lugar alternativo o por medios alternativos. Cumpliremos con las solicitudes razonables siempre que sea posible.
- **Solicitar una modificación** de la PHI acerca de usted que nosotros creemos o mantengamos si usted considera que es incorrecta. Si no estamos de acuerdo con su solicitud,

conservaremos su solicitud y el motivo de nuestra denegación en su registro.

- **Solicitar un historial de las divulgaciones** que hayamos hecho de su PHI durante los últimos seis años desde la fecha de su solicitud.
- **Solicitar una copia impresa** de este Aviso comunicándose con nosotros a la dirección indicada a continuación.

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, considera que es posible que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su PHI, puede comunicarse con nosotros a la siguiente dirección o número de teléfono:

**Cigna-HealthSpring Privacy Office  
Membership Administrative Services  
P.O. Box 20002  
Nashville, TN 37202  
1-866-487-4331 (TTY: 7-1-1)  
De lunes a viernes,  
de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro.**

También puede comunicarse con la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos si considera que es posible que se hayan violado sus derechos de privacidad. Podrá enviar su queja por correo electrónico, fax o correo postal a la Oficina de Derechos Civiles. Para obtener más información, visite el sitio web en: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>. No se tomará ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo HealthSpring of Tennessee, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Servicios de Inscripción de Afiliados de Illinois le enviará información sobre sus opciones de planes de salud cuando llegue el momento de que tome una decisión con respecto al plan de salud y durante su período de Inscripción abierta. You can get this document in Spanish, or speak with someone about this information in other languages for free. Call 1-866-487-4331 (TTY: 7-1-1), Monday to Friday, 8 a.m. to 5 p.m. Central Time. The call is free. Puede recibir este documento en español, o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, sin costo alguno. Llame al 1-866-487-4331 (TTY: 7-1-1), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita.



## Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

Cigna-HealthSpring cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna-HealthSpring no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna-HealthSpring:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicio al cliente.

Si considera que Cigna-HealthSpring no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Cigna-HealthSpring Attn: Appeals, Complaints and Grievances Department, PO Box 211088, Bedford, TX 76095, 1-866-487-4331 (TTY: 7-1-1), 7 días de la semana, 8 a.m. a 8 p.m. hora del Centro. Fax: 1-877-809-0783.

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Departamento de Servicio al Miembro está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo HealthSpring of Tennessee, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. You can get this document in Spanish, or speak with someone about this information in other languages for free. Call 1-866-487-4331 (TTY: 7-1-1), Monday to Friday, 8 a.m. to 5 p.m. Central Time. The call is free. Puede recibir este documento en español, o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, sin costo alguno. Llame al 1-866-487-4331 (TTY: 7-1-1), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. Los Servicios de Inscripción de Afiliados de Illinois le enviarán información acerca de sus opciones de planes de salud cuando llegue el momento de tomar una decisión con respecto a sus opciones de planes de salud y durante su Período de inscripción abierta.

## Multi-language Interpreter Services

**Spanish – ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-487-4331 (TTY 711).

**Chinese – 注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-487-4331 (TTY 711)。

**Tiếng Việt (Vietnamese) – CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-487-4331 (TTY: 711).

**Korean – 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-487-4331 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog – PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-487-4331 (TTY: 711).

**Russian – ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-487-4331 (телетайп: 711).

### Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم 1-866-487-4331 (لضعاف السمع 711).

**French – ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-487-4331 (ATS : 711).

**Polish – UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-487-4331 (TTY: 711).

**Italian – ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-487-4331 (TTY: 711).

**German – ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-487-4331 (TTY: 711).

**Japanese – 注意事項：**日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-487-4331 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-487-4331 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Hindi – ध्यान दें:** अगर आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-487-4331 (TTY 711) पर कॉल करें।

**Gujarati – સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-487-4331 (TTY: 711).

**Urdu خبردار:** اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال 1-866-487-4331 (TTY: 711)۔

**Lao – ຄຳໃຈໃສ່:** ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຈະໃຫ້ບໍລິການພຣິດກໍ່ທ່ານ. ໂທ: 1-866-487-4331 (TTY 711).

**Greek – ΠΡΟΣΟΧΗ:** Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-487-4331 (TTY: 711).