BlueCross BlueShield of Montana

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 Montana (BCBSMT) 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 BCBSMT reúne y conserva sobre usted.

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

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.bcbsmt.com/legal-and-privacy/privacy-notice-and-forms (en inglés). 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 Montana
300 E. Randolph St.
Chicago, IL 60601-5099

REVISADO: agosto de 2024

BlueCross BlueShield of Montana

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD:	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, IL 60601	Correo electrónico:	civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, el Coordinador de Derechos Civiles está a sus órdenes.

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante 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:

US Dept of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building	Portal de quejas:	
Washington, DC 20201	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf	
	Formularios para presentar quejas:	
	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html	

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbsmt.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

BlueCross BlueShield of Montana

中文 Chinese	注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yániłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارسي Farsi	توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 855-710-6984 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.