

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CON ATENCIÓN.



Cigna-HealthSpring crea registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le brindamos. La información que reunimos se llama Información de salud protegida (PHI). Tomamos muy en serio nuestra obligación de conservar su PHI segura y confidencial. Estamos obligados por la ley estatal y federal a proteger la privacidad de su PHI, entregarle esta Notificación sobre cómo la usamos y protegemos, y notificarle si existe un incumplimiento con respecto a la protección de su PHI. Cuando usamos o revelamos su PHI, estamos obligados por los términos de esta Notificación. Esta Notificación es aplicable a todos los registros electrónicos o físicos que generemos, obtengamos y conservemos que contengan su PHI.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Esta Notificación será válida a partir del 23 de septiembre de 2013, y seguirá vigente hasta que la reemplacemos. Estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen en esta Notificación, mientras esté vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta Notificación en cualquier momento, y podemos, a nuestro criterio, hacer válidos los nuevos términos para toda la PHI en nuestro poder, incluyendo cualquier PHI que hayamos creado o recibido antes de la expedición de la nueva Notificación. En caso de que cambiemos esta Notificación, la actualizaremos en nuestra página de

internet y, si usted está inscrito en algunos de nuestros planes en ese momento, le haremos llegar la nueva Notificación, bajo solicitud. Además, puede solicitar una copia de la Notificación llamando al Departamento de Servicio al Cliente al número telefónico gratuito que está impreso en su tarjeta de identificación. Si usted es paciente de una de nuestras clínicas, le entregaremos la nueva Notificación cuando reciba tratamiento en una de nuestras instalaciones, bajo solicitud, y publicaremos cualquier nueva Notificación que haya en un lugar visible de cada instalación.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Podemos usar y revelar su información de salud protegida, sin su autorización por escrito, para los siguientes propósitos:

Para el tratamiento

- Podemos compartirla con enfermeras, médicos, farmacéuticos y otros profesionales del cuidado de la salud para que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarle a recibir los servicios y el tratamiento que pueda necesitar; por ejemplo, ordenar pruebas de laboratorio e interpretar los resultados.
- Para coordinar su atención médica y servicios relacionados, por ejemplo, recordarle alguna cita o invitarlo a recibir las vacunas o pruebas preventivas.

Para el pago

- Para cobrar primas, si aplica, y para administrar los reclamos.
- Para hacer determinaciones de cobertura; por ejemplo, para hablar con un profesional del cuidado de la salud sobre el pago de los servicios que le brindaron.
- Para coordinar beneficios con otra cobertura que pueda tener; por ejemplo, para hablar con otro plan de atención médica o aseguradora con quien tenga cobertura, para determinar la cobertura.
- Para cobrar a un tercero que pueda ser responsable de un pago; por ejemplo, los programas estatales de asistencia farmacéutica.

Para operaciones de atención médica

- Para brindar servicio al cliente y otras actividades comerciales, incluyendo detección del fraude y mal uso, y los programas de cumplimiento.
- Para apoyar y mejorar los programas o servicios que podamos ofrecerle.
- Para ayudarlo a manejar su salud; por ejemplo, para brindarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede tener derecho.
- Para ayudar a otro plan de atención médica, aseguradora, u otro profesional del cuidado de la salud con quien tenga relación, para que pueda mejorar los programas que le ofrece, como el manejo de casos.

Revelaciones a terceros involucrados en su atención médica.

- Si usted está presente o de otra manera disponible para decirnos que así lo hagamos, podemos

revelar su PHI a terceros; por ejemplo, un familiar, un(a) amigo(a) cercano(a) o a su cuidador.

- Si usted está en una situación de emergencia, no está presente o está incapacitado, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si revelar su PHI a terceros es lo mejor para usted. En caso de que revelemos su PHI en una situación donde usted no está disponible, revelaríamos únicamente la información que es directamente relevante para la participación de la persona en su tratamiento o para el pago relacionado con su tratamiento. Además, podemos revelar su PHI para notificar (o ayudar a notificar) a dichas personas su ubicación, su condición médica general o su muerte.

Revelaciones a proveedores y organizaciones de acreditación.

Podemos revelar su PHI a:

- Compañías que presten ciertos servicios que hayamos solicitado. Por ejemplo, podemos contratar a proveedores para que nos ayuden a brindar información y asesoría a los miembros que padezcan enfermedades crónicas como diabetes y asma.
- Organizaciones de acreditación como el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para propósitos de medición de la calidad.

Por favor tenga en cuenta que antes de que compartamos su PHI, obtenemos el acuerdo por escrito del proveedor o de la organización de acreditación de proteger la privacidad de su PHI.

Salud o seguridad. Podemos revelar su PHI para evitar o reducir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad, o la salud o seguridad del público en general.

Salud pública y actividades de supervisión de salud. Podemos revelar su PHI para reportar a las autoridades de salud pública, para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica, y a las agencias gubernamentales responsables de la supervisión del sistema del cuidado de la salud.

Investigación. Podemos revelar su PHI para propósitos de investigación, pero solamente en la medida permitida por la ley.

Cuando se requiera por ley.

Podemos revelar su PHI:

- A agencias estatales o federales para garantizar que estamos en conformidad con la ley.
- En respuesta a una orden judicial o citación, siempre que se cumplan ciertos requisitos.
- A las agencias u oficiales que hacen cumplir la ley, cuando se requiera bajo una orden judicial.
- Para procedimientos judiciales y administrativos cuando así se solicite bajo una orden judicial, citación u otra solicitud.
- Para ciertas funciones gubernamentales como revelaciones a la milicia de los Estados Unidos.
- Cuando sea necesario para cumplir las leyes de Compensación de trabajadores relacionadas con enfermedades o lesiones de trabajo.

USOS Y REVELACIONES DE LA PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Obtendremos su permiso o autorización por escrito, antes de usar o revelar su PHI para cualquier otro propósito no establecido en esta Notificación. Por ejemplo, se necesita su permiso para:

- Usar y revelar su PHI para las comunicaciones de mercadotecnia cuando recibamos un pago directo o indirecto para promocionar un producto o servicio de un tercero;
- Revelar su PHI para propósitos de venta de PHI; o
- Usar y revelar su información genética o la de sus dependientes para propósitos relacionados con el proceso de aseguramiento.

Para algunos tipos de PHI, la ley estatal y federal pueden requerir protección mejorada de la privacidad y únicamente podemos revelar dicha información con su autorización por escrito, a menos que la ley lo requiera o permita específicamente. Esto incluye la PHI que:

- Se guarda en notas de psicoterapia.
- Trata sobre la prevención del abuso de drogas y alcohol, tratamiento y referencia.
- Trata sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA.
- Trata sobre transmisión de enfermedades venéreas.
- Trata sobre pruebas genéticas.

Usted puede revocar este permiso por escrito en cualquier momento. Si es este el caso, dejaremos de usar su información de salud protegida para ese propósito, pero no podemos deshacer acción alguna que hayamos realizado antes de su revocación.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Para ejercer los siguientes derechos, es posible que se le solicite llenar y enviar el formulario aplicable, que está disponible llamando al número del Departamento de Servicio al Cliente que está en su tarjeta de identificación. Usted tiene derecho a:

- **Solicitar restricciones** sobre cómo se usa o comparte su PHI respecto al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados legalmente a aceptar su solicitud, pero si lo hacemos, ese acuerdo será válido. Sin embargo, si usted es paciente de alguna de nuestras clínicas, respetarán su solicitud, en la medida que lo permita la ley, de no revelarnos información a nosotros ni a cualquier otra aseguradora sobre la visita médica, el servicio o las recetas por los que usted pague la cantidad total al momento del servicio.
- **Inspeccionar y obtener una copia** de su información de salud protegida que esté incluida en ciertos registros electrónicos o físicos que conservemos. Las copias se proporcionarán en una forma y formato que sea “rápidamente producible”, lo que significa que somos suficientemente capaces de producir los registros de forma legible.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** por medio de las cuales las comunicaciones de PHI se envíen a una ubicación alterna o por otros medios. Cumpliremos las solicitudes siempre que sea posible.

- **Solicitar una enmienda** de su información de salud protegida creada y guardada por nosotros si usted considera que es incorrecta. Si no aceptamos su solicitud, guardaremos en su archivo su solicitud y nuestra razón de la negativa.
- **Solicitar una rendición de cuentas de las revelaciones** que hayamos hecho de su PHI durante los seis años anteriores a partir de la fecha de su solicitud.
- **Solicitar una copia impresa de esta Notificación** poniéndose en contacto con nosotros a la dirección que aparece más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus derechos de privacidad, considera que hemos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su PHI, puede ponerse en contacto con nosotros a la siguiente dirección o número telefónico:

Privacy Officer
530 Great Circle Road
Nashville, TN 37228
1-877-653-0327 (TTY: 7-1-1)
Lunes a viernes,
8 a.m. a 5 p.m. Hora Central

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, también puede ponerse en contacto con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede enviar su queja por correo electrónico, fax o correo postal a la Oficina de Derechos Civiles a: **<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>**. No se tomará ninguna acción contra usted 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 Life & Health Insurance Company, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc

Permiso para compartir información limitada de salud con familia/amigos



Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____ N.o de ID del miembro _____

Al firmar este papel en donde se indica, doy permiso a la(s) persona(s) mencionada(s) en la tabla de abajo para hablar sobre información limitada relacionada con mi atención médica, lo que incluye el pago por mi atención médica. Entiendo que Cigna-HealthSpring STAR+PLUS usará su criterio profesional para asegurar que la información se comparta con mi familia/amigos para ayudar con mi atención médica continua. Este permiso se considerará vigente hasta que yo indique lo contrario por escrito. Cualquier información solicitada que no ayude con mi atención médica y cualquier solicitud para sacar copias de los registros médicos requerirá una autorización de cumplimiento de la HIPAA firmada.

Fecha del permiso	Nombre de la persona y parentesco con el miembro	Comentarios/Instrucciones (p.ej., puede hablar de los horarios de las citas, puede divulgar los resultados de las pruebas, etc.)	Iniciales del paciente/tutor

Continúa al reverso 

Permiso para compartir información limitada de salud con familia/amigos



Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____ N.o de ID del miembro _____

Al firmar este papel en donde se indica, doy permiso a la(s) persona(s) mencionada(s) en la tabla de abajo para hablar sobre información limitada relacionada con mi atención médica, lo que incluye el pago por mi atención médica. Entiendo que Cigna-HealthSpring STAR+PLUS usará su criterio profesional para asegurar que la información se comparta con mi familia/amigos para ayudar con mi atención médica continua. Este permiso se considerará vigente hasta que yo indique lo contrario por escrito. Cualquier información solicitada que no ayude con mi atención médica y cualquier solicitud para sacar copias de los registros médicos requerirá una autorización de cumplimiento de la HIPAA firmada.

Fecha del permiso	Nombre de la persona y parentesco con el miembro	Comentarios/Instrucciones (p.ej., puede hablar de los horarios de las citas, puede divulgar los resultados de las pruebas, etc.)	Iniciales del paciente/tutor

Continúa al reverso 

El personal de Cigna-HealthSpring también tiene mi permiso para: *(por favor seleccione las casillas que correspondan)*

<input type="checkbox"/> Dejar mensaje en casa con mi esposo(a) o:	Nombre:	
	Parentesco:	Fecha de nacimiento:
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje en el teléfono celular:	Teléfono celular:	
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje en el trabajo de amigos/parientes específicos:	Teléfono del trabajo:	
<input type="checkbox"/> Dejar un mensaje en el correo de voz:	Teléfono:	
<input type="checkbox"/> Dejar un mensaje detallado en la contestadora:	Teléfono:	

Firma del miembro o tutor legal

Fecha

Nombre completo del miembro o tutor legal

Parentesco (si no es el miembro)



El personal de Cigna-HealthSpring también tiene mi permiso para: *(por favor seleccione las casillas que correspondan)*

<input type="checkbox"/> Dejar mensaje en casa con mi esposo(a) o:	Nombre:	
	Parentesco:	Fecha de nacimiento:
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje en el teléfono celular:	Teléfono celular:	
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje en el trabajo de amigos/parientes específicos:	Teléfono del trabajo:	
<input type="checkbox"/> Dejar un mensaje en el correo de voz:	Teléfono:	
<input type="checkbox"/> Dejar un mensaje detallado en la contestadora:	Teléfono:	

Firma del miembro o tutor legal

Fecha

Nombre completo del miembro o tutor legal

Parentesco (si no es el miembro)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES



THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.



Cigna-HealthSpring creates records about you and the treatment and services we provide to you. The information we collect is called Protected Health Information (PHI). We take our obligation to keep your PHI secure and confidential very seriously. We are required by federal and state law to protect the privacy of your PHI, to provide you with this Notice about how we safeguard and use it, and to notify you following a breach of your unsecured PHI. When we use or disclose your PHI, we are bound by the terms of this Notice. This Notice applies to all electronic or paper records we create, obtain, and maintain that contain your PHI.

OUR RESPONSIBILITIES

This Notice takes effect September 23, 2013, and will remain in effect until we replace it. We must follow the privacy practices described in this Notice while it is in effect. We may change the terms of this Notice at any time, and we may, at our discretion, make the new terms effective for all PHI in our possession, including any PHI we created or received before we issued the new Notice. If we change this Notice, we will update the Notice on our website and, if you are enrolled in

one of our plans at that time, we will send you the new Notice, as required. In addition, you can request a copy of the Notice by calling Customer Service at the toll-free telephone number printed on your ID card. If you are a patient at one of our clinics, we will give you the new Notice when you receive treatment at one of our facilities, as required, and we will post any new Notice in a prominent location at each facility.

HOW WE USE AND DISCLOSE YOUR PHI

We may use and disclose your PHI without your written authorization for the following purposes:

For treatment

- To share with nurses, doctors, pharmacists, and other health care professionals so they can determine your plan of care.
- To help you get services and treatment you may need – for example, ordering lab tests and using the results.
- To coordinate your health care and related services – for example, to remind you of an appointment or to encourage you to get preventive screenings or immunizations.

For payment

- To get payment of premiums, if applicable, and to administer claims.
- To make coverage determinations – for example, to speak to a health care professional about payment for services provided to you.
- To coordinate benefits with other coverage you may have – for example, to speak to another health plan or insurer with which you have coverage, to determine coverage.
- To get payment from a third party that may be responsible for payment – for example, state pharmaceutical assistance programs.

For health care operations

- To provide Customer Service and other business activities, including fraud and abuse detection and compliance programs.
- To support and improve the programs or services we offer you.
- To assist you in managing your health – for example, to provide you with information about treatment alternatives to which you may be entitled.
- To support another health plan, insurer, or health care professional who has a relationship with you, so that it can improve the programs it offers you – for example, for case management.

Disclosures to others involved in your health care.

- If you are present or otherwise available to direct us to do so, we may disclose your PHI to others,

for example, a family member, a close friend, or your caregiver.

- If you are in an emergency situation, not present, or are incapacitated, we will use our professional judgment to decide whether disclosing your PHI to others is in your best interests. If we do disclose your PHI in a situation where you are unavailable, we would disclose only information that is directly relevant to the person's involvement with your treatment or for payment related to your treatment. We may also disclose your PHI in order to notify (or assist in notifying) such persons of your location, your general medical condition, or your death.

Disclosures to vendors and accreditation organizations.

We may disclose your PHI to:

- Companies that perform certain services we've requested. For example, we may engage vendors to help us to provide information and guidance to customers with chronic conditions like diabetes and asthma.
- Accreditation organizations such as the National Committee for Quality Assurance (NCQA) for quality measurement purposes.

Please note that before we share your PHI, we get the vendor's or accreditation organization's written agreement to protect the privacy of your PHI.

Health or safety. We may disclose your PHI to prevent or reduce a serious and imminent threat to your health or safety, or the health or safety of the general public.

Public health and health oversight activities. We may disclose your PHI to report to public health authorities, to report abuse, neglect, or domestic violence and to government agencies responsible for oversight of the health care system.

Research. We may disclose your PHI for research purposes, but only as allowed by law.

Where required by law.

We may disclose your PHI:

- To state or federal agencies to ensure we are in compliance with the law.
- In response to a court order or a subpoena, provided that certain requirements are met.
- To law enforcement agencies or officials, when required by a court order.
- For judicial and administrative proceedings when asked to do so by a court order, subpoena, or other request.
- For certain government functions such as disclosures to the US military.
- When necessary to comply with Workers' Compensation laws related to a work-related illness or injury.

USES AND DISCLOSURES OF PHI THAT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION

We will obtain your written permission or authorization before we use or disclose your PHI for any other purpose not stated in this Notice. For example, your permission is required to:

- Use and disclose PHI for marketing communications when we receive direct or indirect payment for making the communications from a third party whose product or service is being marketed;
- Disclose PHI for purposes that constitute a sale of PHI; or
- Use and disclose genetic information of you or your dependents for underwriting purposes.

For certain kinds of PHI, federal and state law may require enhanced privacy protection and we can only disclose such information with your written permission except when specifically permitted or required by law. This includes PHI that is:

- Maintained in psychotherapy notes.
- About alcohol and drug abuse prevention, treatment, and referral.
- About HIV/AIDS testing, diagnosis, or treatment.
- About venereal and communicable diseases.
- About genetic testing.

You may revoke this permission in writing at any time. We will then stop using your PHI for that purpose, but we cannot undo any actions taken prior to your revoking your permission.

YOUR INDIVIDUAL RIGHTS

To exercise the rights below, you may be asked to complete and submit the applicable form, which is available by calling the Customer Service number on your ID card. You have the right to:

- **Request restrictions** in how your PHI may be used or shared for treatment, payment, and health care operations. We are not legally required to agree to your request but if we do, that agreement will be binding. However, if you are a patient at one of our clinics, they will honor your request, to the extent permitted by law, not to disclose information to us or any other insurer about a medical visit, service, or prescription for which you pay the full amount at the time of service.
- **Inspect and obtain a copy** of your PHI that is included in certain paper or electronic records we maintain. Copies will be provided in a form and format that is “readily producible,” which means we are reasonably able to produce the records in a readable form.
- **Request confidential communications** whereby communications with PHI will be sent to an alternate location or by alternative means. We will accommodate reasonable requests whenever possible.
- **Request an amendment** of your PHI created and maintained by us if you believe it is incorrect. If we do not agree to your request, we will keep your request and our reason for the denial in your record.

- **Request an accounting of the disclosures** we have made of your PHI for the past six years from the date of your request.
- **Request a paper copy** of this Notice by contacting us at the address below.

If you have questions about your privacy rights, believe that we may have violated your privacy rights, or disagree with a decision that we made about your PHI, you may contact us at the following address or telephone number:

Privacy Officer
530 Great Circle Road
Nashville, TN 37228
1-877-653-0327 (TTY: 7-1-1)
Monday to Friday
8 a.m. to 5 p.m. Central Time

You may also contact the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. Your complaint can be sent by email, fax, or mail to the Office of Civil Rights. For more information, see their website at: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>. No action will be taken against you for filing a complaint.


Permission to Share Limited Health Information with Family/Friends



Member name _____ DOB _____ Member ID number # _____

By signing this paper where indicated, I give permission to the person(s) listed in the table below to discuss limited information about my care, including payment for my care. I understand Cigna-HealthSpring STAR+PLUS will use their professional judgment to ensure that information is shared with my family/friends in order to assist with my continuing care. This permission will be considered ongoing until I state in writing otherwise. Any information requested that does not pertain to assisting with my health care and any requests for copies of medical records will require a signed HIPAA compliant authorization.

Date of Permission	Name of Individual & Relationship to Member	Comments/Instructions (e.g.: may discuss appointment times, may disclose test results, etc.)	Patient/Guardian Initials

continued on back 



Permission to Share Limited Health Information with Family/Friends



Member name _____ DOB _____ Member ID number # _____

By signing this paper where indicated, I give permission to the person(s) listed in the table below to discuss limited information about my care, including payment for my care. I understand Cigna-HealthSpring STAR+PLUS will use their professional judgment to ensure that information is shared with my family/friends in order to assist with my continuing care. This permission will be considered ongoing until I state in writing otherwise. Any information requested that does not pertain to assisting with my health care and any requests for copies of medical records will require a signed HIPAA compliant authorization.

Date of Permission	Name of Individual & Relationship to Member	Comments/Instructions (e.g.: may discuss appointment times, may disclose test results, etc.)	Patient/Guardian Initials

continued on back 

Cigna-HealthSpring staff also has my permission to: *(please check all boxes that apply)*

Leave message at home with my spouse or:

Name:

Relationship:

DOB:

Leave message on cell phone:

Cell phone number:

Leave message on specific friends/relatives work:

Work phone number:

Leave a message on voicemail:

Phone number:

Leave a detailed message on answering machine:

Phone number:

Signature of Member or Legal Guardian

Date

Printed Name of Member or Legal Guardian

Relationship (if not self)



Cigna-HealthSpring staff also has my permission to: *(please check all boxes that apply)*

Leave message at home with my spouse or:

Name:

Relationship:

DOB:

Leave message on cell phone:

Cell phone number:

Leave message on specific friends/relatives work:

Work phone number:

Leave a message on voicemail:

Phone number:

Leave a detailed message on answering machine:

Phone number:

Signature of Member or Legal Guardian

Date

Printed Name of Member or Legal Guardian

Relationship (if not self)