

**PREFERRED MEDICAL PLAN, INC.**

**Notificación de las Prácticas de Privacidad de Acuerdo con el Acta de Transferibilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA)**

**ESTE AVISO EXPLICA CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER USADA Y COMUNICADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER COPIA DEL MISMO. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

Preferred Medical Plan, Inc. (“PMP”) está obligado por la ley a proteger la información sobre su salud. También está obligado a informarle sobre sus derechos y las medidas que tomamos para mantener protegida la información sobre su salud (“PHI”: información protegida de la salud).

“Información protegida de la salud” (“PHI”) es cualquier dato que puede identificarlo, el cual nosotros podemos tener, o haber obtenido de otra entidad, sobre servicios de salud recibidos por usted en el pasado, presente o planeados para el futuro, o pagos de reclamaciones por dichos servicios. Es posible que su médico también tenga en su oficina un aviso sobre la forma en que ellos manejan la información protegida de su salud.

PMP puede hacer cambios a este aviso y puede usar los cambios para toda la información protegida suya que tenemos. Si lo desea, puede solicitar una copia de la más reciente Notificación de Privacidad que tenemos.

***Cómo puede PMP usar y comunicar la Información Protegida sobre su Salud.***

Según la ley, PMP puede usar o divulgar la Información Protegida sobre su Salud, sin su aprobación, en los casos siguientes:

- **Servicios.** Podemos usar la información suya que tenemos, o la que tienen sus médicos, para asegurarnos de que usted recibe la atención o los servicios que necesita. Es posible que facilitemos su información a los médicos que lo atienden.
- **Pagos.** Podemos usar la información que tenemos o que otros puedan tener sobre usted para asegurarnos de que sus cuentas sean pagadas, También nos aseguramos de que usted recibe los servicios que necesita. Es posible que usemos la información que obtenemos de sus cuentas con otros proveedores que trabajan con PMP o con otras compañías de seguros.
- **Servicios para el Cuidado de su Salud.** Es posible que usemos la información que tenemos, o que otros proveedores tienen sobre servicios que usted recibe regularmente y otras actividades, para asegurarnos de que usted obtiene los servicios que necesita y que sus cuentas son pagadas. Por ejemplo, podemos compartir información suya con otra compañía que le provee servicios o le suministra ciertos productos. O podemos usar o facilitar su información para otras actividades que podrían mejorar los servicios que recibe de PMP.
- **Según lo requiere la ley o para Actividades de Salud Pública.** Estamos obligados a proporcionar su Información Protegida de Salud cuando la ley o el gobierno lo exigen. Es posible que tengamos que facilitar su información al gobierno cortes o para ciertos procesos legales. Es posible que tengamos que facilitar su información al gobierno para el control de enfermedades. El gobierno puede necesitar información suya para confirmar que le estamos proporcionando los servicios que que necesita.
- **Militares y Veteranos.** Si usted está en el servicio militar, es posible que tengamos que facilitar su información Protegida de Salud.
- **Seguro de Accidentes de Trabajo.** Es posible que tengamos que facilitar su Información Protegida de Salud a las compañías que le están prestando servicios, si tuvo un accidente en el trabajo.
- **Médicos forenses.** Es posible que tengamos que facilitar su Información Protegida de Salud a médicos forenses u otros funcionarios judiciales involucrados, por ejemplo, en la identificación de cadáveres o la averiguación de las causas de la muerte de algún individuo.
- **Demandas legales y disputas.** Si usted está involucrado en una demanda legal es posible que tengamos que facilitar su Información Protegida de Salud a las cortes o abogados si la piden.
- **Autoridades Judiciales, Policiales y Agencias Federales.** Es posible que facilitemos su Información Protegida de Salud si lo requieren agentes judiciales, policiales o federales, según lo autorizado por la ley.
- **Para detener una amenaza seria a la Salud o la Seguridad.** Es posible que facilitemos su Información Protegida de Salud si alguien está en peligro o si el Gobierno la necesita para ayudar a alguien durante un desastre.
- **Prisioneros.** Si usted está encarcelado es posible que facilitemos su Información Protegida de Salud a la cárcel en donde se encuentra para que le puedan dar los servicios que necesita.
- **Otras ocasiones en que divulgaremos su Información Protegida de Salud.** Si necesitáramos comunicar su Información Protegida de Salud en circunstancias no enumeradas en esta lista, necesitaremos su autorización previa para hacerlo. Si usted no quiere que tengamos más su autorización, necesita enviarnos una carta. Cuando la recibamos, no podremos usar o comunicar más su información.

## ***Sus Derechos Respecto a su Información Protegida de Salud***

Usted tiene derechos respecto a su Información Protegida de Salud. Si desea usar sus derechos, envíe una carta, por escrito, a Preferred Medical Plan, Inc., Attn: Privacy Officer, 4950 S.W. 8<sup>th</sup> Street, Coral Gables, FL 33134.

**Derecho a Revisar y Copiar.** Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su Información Protegida de Salud. Para hacerlo debe enviarnos una carta. Estamos autorizados a cobrarle una cantidad por copias, gastos de correo y por otros trámites que tengamos que hacer para enviarle una copia de su información de salud. Si hubiera alguna razón por la cual no pudiéramos permitirle examinar u obtener una copia de su información usted puede pedir una revisión de nuestra denegación. Si tuviera alguna pregunta diríjase a nuestro Contacto de Privacidad a la dirección o el teléfono que aparecen en la última página de este aviso.

**Derecho a Cambiar.** Si usted cree que la Información Protegida de Salud suya que tenemos está equivocada o incompleta, puede pedirnos, por escrito, que hagamos los cambios pertinentes. Usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos sus datos mientras su información permanezca en nuestros archivos.

Es necesario que usted nos de una razón por la cual quiere cambiar su información, o por qué piensa que está equivocada. Si cambiáramos su información, añadiremos los nuevos datos a su record, pero no reemplazaremos la información existente.

Podemos denegar su solicitud de cambio de información si no nos envía una carta o nos da la razón por la cual quiere hacer el cambio. También podemos denegar su pedido si:

- no es parte de la Información Protegida de Salud que mantenemos en su record;
- no fué creada por nosotros, a no ser que la persona o compañía que creó la información no esté ya disponible para hacer el cambio;
- no es parte de la información de salud que se le permite ver a copiar, o
- la información es correcta y completa.

**Derecho a una Lista de Cómo Comunicamos su Información.** Usted tiene derecho a pedir una lista de las formas en que comunicamos su información durante los últimos seis años de la fecha que aparece en su carta, con el fin de revisarla. No estamos obligados a darle una lista de dicha información en los siguientes casos:

- la información fué usada para darle atención y servicios, o pagar sus cuentas;
- la información se le facilitó a usted cuando lo pidió o si usted dió su aprobación;
- la información se le dió al gobierno por razones de inteligencia o seguridad nacional;
- la información se le facilitó a una cárcel o entidad judicial o policial, o
- la información fué usada o proporcionada antes de Abril 14, 2003.

Usted no tendrá que pagar si pide la lista por primera vez en un período de 12 meses. Si pide otra vez la lista durante el mismo período de 12 meses, tendrá que pagar los cargos correspondientes.

**Derecho a pedir limitaciones.** Usted tiene derecho a pedir que se limite la Información Protegida de Salud que usamos o proporcionamos a otras entidades en relación a su atención, pago de sus cuentas o servicios médicos. No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición.

Para pedir limitaciones debe enviar una carta a nuestro Contacto de Privacidad cuyo nombre aparece más abajo. En su carta debe decirnos:

- cuál es la información que quiere limitar;
- si quiere limitar nuestro uso de dicha información, su comunicación, o ambas cosas; y
- a quién deben imponérsele los límites.

**Derecho a pedir conversaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted respecto a cuestiones de salud en forma específica o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted solamente llamándolo a su trabajo o por correo. Trataremos de complacerlo siempre que sus deseos sean razonables. No le preguntaremos la razón para su pedido. Por favor, envíe una carta a nuestro Oficial de Privacidad, cuyo nombre aparece más abajo, si quiere hacerlo de esta forma.

**Su derecho a enviar una queja.** Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido mal usados, por favor, envíe su queja, por escrito, a:

Preferred Medical Plan, Inc.  
Attn: Privacy Officer  
4950 S.W. 8<sup>th</sup> Street  
Coral Gables, FL 33134

También puede enviar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No será penalizado por hacerlo.

***Contacto sobre Privacidad***

Llámenos si tiene alguna pregunta, necesita más información sobre este aviso o sobre sus derechos respecto a la Información Protegida sobre su salud al Departamento de Servicio al Cliente al (305) 447-8373 o escríbanos a la dirección indicada arriba.

Esta notificación es efectiva a partir del 23 de agosto del 2010.