

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

SU PRIVACIDAD ES IMPORTANTE PARA EL PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE DE UCLA HEALTH

El Plan de Medicare Advantage de UCLA Health comprende la importancia de su información médica personal para usted. UCLA Health Medicare Advantage Plan se compromete a proteger su información. También cumplimos con las leyes federales y estatales que rigen su información de salud. Utilizamos su información de salud (y permitimos que otros la tengan) solo según lo permitan las leyes federales y estatales. Estas leyes le otorgan ciertos derechos con respecto a su información de salud. Este Aviso describe las prácticas de privacidad del Plan de Medicare Advantage de UCLA Health, incluidos todos los miembros de nuestro personal con acceso a su información de salud.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

OBTENGA UNA COPIA DE SUS REGISTROS DE SALUD Y RECLAMACIONES

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

SOLICITE QUE CORRIJAMOS LOS REGISTROS DE SALUD Y RECLAMACIONES

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

SOLICITE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

- Puede pedirnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de oficina) o que enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos indica que estaría en peligro si no lo hacemos.

PÍDANOS QUE LIMITEMOS LO QUE USAMOS O COMPARTIMOS

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago u operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afecta su atención médica.

OBTENGA UNA LISTA DE AQUELLOS CON QUIENES HEMOS COMPARTIDO INFORMACIÓN

- Puede solicitar una lista (registro) de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud en los seis años anteriores a la fecha en que lo solicite, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado). Proporcionaremos un registro al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

OBTENGA UNA COPIA DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

ELEGIR A ALGUIEN PARA ACTUAR EN SU NOMBRE

- Si ha otorgado a alguien un poder legal de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.

Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

PRESENTE UNA QUEJA SI SIENTE QUE SE HAN VIOLADO SUS DERECHOS

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos, poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información a continuación.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a

200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201

Llamando al 1-877-696-6775

O visitando Presentar una Queja HIPAA | HHS.gov

- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si

tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, háblenos. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

EN ESTOS CASOS, USTED TIENE EL DERECHO Y LA OPCIÓN DE INDICARNOS QUE:

- Comparta la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Comparta la información en una situación de ayuda por desastre.

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de alguien.

EN ESTOS CASOS, NUNCA COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN A MENOS QUE NOS DÉ PERMISO POR ESCRITO:

- Para fines de marketing
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES: ¿CÓMO USAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD TÍPICAMENTE?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

AYUDAR A GESTIONAR LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBE

- Podemos usar su información de salud y compartirla con profesionales que lo están tratando.

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

OPERAR NUESTRA ORGANIZACIÓN

- Podemos usar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le brindamos cobertura o el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

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

PAGAR POR SUS SERVICIOS DE SALUD

- Podemos usar y divulgar su información de salud para pagar sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

OTROS USOS: ¿DE QUÉ OTRAS MANERAS PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD?

Podemos compartir su información de otras maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de compartir su información para estos fines. Para más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

AYUDAR CON TEMAS DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiros de productos del mercado
- Reporte de reacciones adversas a medicamentos
- Reporte de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de alguien

REALIZAR INVESTIGACIÓN

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

CUMPLIR CON LA LEY

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

ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA

- No usaremos ni divulgaremos su PHI cuando sea para investigar o imponer responsabilidad a personas, proveedores de atención médica, u otros que busquen, obtengan, provean o faciliten atención de salud reproductiva legal, ni para identificar personas para tales actividades.
- Para ciertas solicitudes (actividades de supervisión de salud, procedimientos judiciales y administrativos, propósitos de aplicación de la ley, y divulgaciones sobre fallecidos a forenses y examinadores médicos), obtendremos una declaración firmada del solicitante para asegurar que la solicitud de PHI, potencialmente relacionada con la atención de salud reproductiva, no sea para un

propósito prohibido como se describe anteriormente.

RESPONDER A SOLICITUDES DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y TRABAJAR CON UN FORENSE O DIRECTOR FUNERARIO

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director funerario cuando una persona fallece.

ABORDAR RECLAMOS DE COMPENSACIÓN LABORAL, APLICACIÓN DE LA LEY Y OTRAS SOLICITUDES GUBERNAMENTALES

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como militar, seguridad nacional y protección presidencial.

RESPONDER A DEMANDAS Y ACCIONES LEGALES

- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos lo indique por escrito. Si nos lo indica, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a

toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org, y le enviaremos una copia por correo.

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SE APLICA A LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES

Plan de Medicare Advantage de UCLA Health

5757 West Century Blvd., Suite 200

Los Ángeles, CA 90045

Sitio web: www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org

Oficial de Privacidad

Correo electrónico: HPPrivacy@mednet.ucla.edu

Teléfono: 1-310-302-4092

Sitio web: www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso de Prácticas de Privacidad entró en vigor el 1 de octubre de 2024.