

Estimado participante del Plan:

En conformidad con la **Ley de Responsabilidad y Portabilidad y/Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés)**, hemos adjuntado nuestro Aviso de prácticas de privacidad. En este Aviso se describe los derechos respecto a su información médica al igual que nuestras prácticas en relación con su información médica. Dedíquese tiempo para analizar con atención este Aviso.

También adjuntamos una Autorización para la divulgación de información de salud. Uno de los efectos más significativos de las leyes de privacidad es que Welfare Fund ya no pueda tratar su información de salud (incluida la información sobre elegibilidad) con la mayoría de los individuos, entre ellos familiares, amigos y empleadores, sin su autorización específica por escrito.

A fines de continuar la prestación ininterrumpida del servicio a nuestros Participantes del Plan, adjuntamos tres Formularios de autorización para que completen usted y sus familiares con cobertura.

- ◆ Deberá rellenar un formulario en el que se identifique a **SUS** representantes autorizados, con los que podamos discutir su información de salud privada.
- ◆ Su **CÓNYUGE** debe completar un formulario (si corresponde) en el que figuren los representantes autorizados.
- ◆ Cada uno de los **HIJOS DEPENDIENTES QUE SEAN MAYORES DE 18 AÑOS** debe completar un formulario en el que se documenten sus representantes autorizados.

Comuníquese con la Oficina del Fondo si necesita más formularios.

Este formulario le proporciona la oportunidad de identificar aquellos individuos que desearía que tengan acceso a su información de salud. **No se requiere de una Autorización para que le revelemos información sobre sus hijos menores de edad.** Entregue los formularios a Welfare Fund en el sobre anexo.

Sabemos que es una molestia adicional para ustedes y el Fondo. Lamentablemente, dadas las leyes descritas en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, se requiere que cumplamos con el proceso de la aplicación de Autorizaciones.

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

Atentamente.

EL CONSEJO DIRECTIVO

AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD POR PARTE DE UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS LOCAL 655 WELFARE FUND

El Fondo de Asistencia Social de United Food & Commercial Workers Local 655 (el Plan) tiene la obligación conforme a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad/Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) según la enmienda de la Ley de Tecnologías de Información Médica para Salud Clínica y Económica (HITECH, por sus siglas en inglés), a fines de detallar las obligaciones legales sobre su información médica privada. Por lo general, esta ley requiere la aplicación del Plan a fin de mantener la privacidad de su información de salud. El Plan debe proporcionar también un aviso de las obligaciones legales y de las prácticas de privacidad actuales.

El Plan tiene la obligación legal de regirse conforme a los términos de este aviso, pero conserva el derecho de modificar aquellos términos cuando sea necesario. Todo cambio puede estar vigente sobre toda información de salud actual sobre usted y toda información que pueda obtenerse en el futuro. Tales cambios se reflejarán de manera adecuada en el Aviso de prácticas de Privacidad. La versión más reciente de nuestro aviso completo siempre estará a su disposición mediante nuestra oficina.

En nuestro aviso se describe cómo la información médica sobre usted puede aplicarse o revelarse, cómo puede obtener acceso a esta información y se le informa sobre sus derechos en relación con su información de salud. Analícelo con atención.

La ley requiere que el Plan:

1. Mantenga la privacidad de su información de salud, que es la información que está relacionada con su estado de salud pasado o actual que pueda identificarlo individualmente o que pueda utilizarse para identificarlo y que se transfiera a otra entidad o que el Plan lo conserve en medio verbal, por escrito, por medio electrónico o cualquier otro medio.
2. Le otorgue este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas privadas en cuanto a su información de salud.
3. Cumpla los términos del aviso que esté vigente en la actualidad.

Cómo podemos emplear y revelar información médica sobre usted

Podemos emplear su información de salud, como se describe en cada categoría a continuación, a fines del tratamiento, a fines de los pagos y a fines de nuestras operaciones de atención médica. Para todas las categorías, se proporciona a continuación un ejemplo de cómo se puede emplear su información de salud.

Tratamiento

Podemos utilizar o revelar su información de salud a fines de facilitar el tratamiento de atención médica. Por ejemplo, podemos revelar información a su proveedor de atención médica a fines de asistirlo en la determinación del proceso de su tratamiento.

Pagos

Podemos utilizar y revelar su información de salud a los fines relacionados con los pagos. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para obtener primas o para determinar nuestra responsabilidad en cuanto a la cobertura conforme al Plan. Otro ejemplo, podemos utilizar su información de salud para coordinar los beneficios con otro plan de salud.

Operaciones de atención médica

Podemos utilizar y revelar su información de salud a fines de realizar las operaciones diarias de atención médica del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar la información de salud en relación con lo siguiente:

- ▶ servicios legales;

- ▶ servicios de auditoría;
- ▶ planificación y desarrollo empresarial; y
- ▶ gestión empresarial del Plan.

El Plan, a los fines de las operaciones de atención médica, entre ellas el aseguramiento, no utilizará ni revelará su información de salud genética, que es la información sobre la presencia o ausencia de anomalías cromosómicas o de características transmitidas genéticamente obtenidas mediante el examen genético o que se puedan inferir mediante sus antecedentes clínicos familiares.

Otros usos posibles y divulgación

Además de los usos generales y la divulgación de su información explicados previamente, puede que haya otras situaciones especiales en las que sea necesario y admisible que utilicemos o revelemos su información de salud. Estas situaciones se desarrollan a continuación:

1. Actividades de salud pública

Por ejemplo, podemos revelar información a una autoridad de salud pública a los fines de prevenir o controlar una enfermedad.

2. Denuncia de maltrato, abandono o violencia doméstica

Por ejemplo, pueden surgir supuestos en los cuales necesitemos revelar a autoridades pertinentes la sospecha de maltrato o violencia doméstica.

3. Actividades de supervisión de la salud

Podemos revelar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión de la salud, entre ellos auditorías, investigaciones por fraude de atención médica, inspecciones y otros ejercicios de supervisión autorizados por la ley. Por ejemplo, puede que necesitemos revelar información de conformidad con una auditoría de Medicare.

4. Acciones judiciales o administrativas

Por ejemplo, podemos revelar información de conformidad con una orden judicial, una citación o un pedido de presentación de pruebas relacionados con un proceso penal.

5. Fines del cumplimiento de la ley

Por ejemplo, puede que necesitemos revelar información a funcionarios de la policía sobre la identificación o la ubicación de sospechosos, fugitivos o desaparecidos.

6. Directores médicos, médicos forenses y funeraria

En caso de muerte, podemos revelar su información de salud a los directores médicos, a los médicos forenses y a la funeraria. Por ejemplo, la divulgación puede necesitarse para determinar la causa de fallecimiento.

7. Donación de órganos y tejidos

Podemos revelar información a las organizaciones que se encargan de la donación de órganos y tejidos.

8. Divulgación para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad

Por ejemplo, podemos revelar información a autoridades pertinentes a fines de proteger la seguridad de un individuo.

9. Por motivo de funciones gubernamentales especiales

Podemos revelar información de salud de conformidad con ciertas funciones gubernamentales. Por ejemplo: actividades militares o de veteranos; o ejercicios de seguridad nacional.

10. Compensación laboral

Podemos revelar información de conformidad con las leyes de compensación laboral correspondientes.

11. Divulgación al patrocinador del Plan

El Plan puede revelar información de salud a los administradores del Plan a fines de que ejecuten las funciones administrativas del plan.

12. Investigación

El Plan puede revelar su información sujeta a ciertas afecciones.

Todos los otros usos o divulgación

No podemos utilizar ni revelar su información de salud por cualquier otro motivo que los descritos previamente si su autorización lo especifica por escrito. Puede revocar toda Autorización de esa naturaleza por escrito en todo momento. No obstante, toda revocación se limita en la medida en que el Plan haya actuado en virtud de su autorización.

Sus derechos en cuanto a la información de salud

La ley federal le proporciona varios derechos en cuanto a su información de salud:

1. Derecho a inspeccionar y a copiar su información de salud

Tiene el derecho a inspeccionar o copiar la información de salud que conservamos sobre usted. Debe presentar toda solicitud para inspeccionar o copiar su información de salud por escrito. Si solicita una copia de su información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de la copia, el envío por correo u otros materiales asociados con su solicitud. Toda solicitud de esa naturaleza debe remitirse a:

United Food & Commercial Workers Local 655 Welfare Fund
ATENCIÓN: Oficial de Privacidad
300 Weidman Road, Suite A
Ballwin, Missouri 63011

2. Derecho a enmendar su información de salud

Tiene el derecho a solicitar la enmienda de su información de salud en nuestro Plan, en la medida en que nuestro Plan conserve dicha información. Puede solicitar una enmienda de la información si considera que la información es incorrecta o está incompleta. Debe realizar toda solicitud para la enmienda por escrito. La solicitud debe indicar el motivo por el que considera que necesita la enmienda. Debe remitir la solicitud a:

United Food & Commercial Workers Local 655 Welfare Fund
ATENCIÓN: Oficial de Privacidad
300 Weidman Road, Suite A
Ballwin, Missouri 63011

3. Derecho al registro de la divulgación

Tiene el derecho de recibir un registro de ciertas divulgaciones de su información de salud realizadas por el Plan. Este registro no incluye las divulgaciones realizadas de conformidad con el tratamiento, los pagos, las operaciones de atención médica o su autorización individual. La solicitud para el registro debe indicar el período para el que desea que se realice el registro, que no puede superar los seis años previos a la fecha de la solicitud. No tiene derecho al registro de divulgaciones realizadas con anterioridad al 14 de abril de 2003. Tiene derecho a un registro gratuito por todo período de 12 meses. Podemos cobrarle una tarifa razonable por otro registro que se haya realizado dentro del mismo período de 12 meses. Le notificaremos sobre el costo y puede elegir si retira o modifica la solicitud antes de que se incurran los costos. Debe presentar una solicitud para el registro de divulgaciones por escrito a:

United Food & Commercial Workers Local 655 Welfare Fund
ATENCIÓN: Oficial de Privacidad
300 Weidman Road, Suite A
Ballwin, Missouri 63011

4. Derecho a solicitar restricciones

Tiene el derecho a solicitar restricciones sobre nuestros usos y divulgaciones sobre su información de salud. Por ejemplo, tiene el derecho a solicitar que no revelemos ninguna información de salud a los fines de tratamiento. No es necesario acordar una solicitud de restricción. El acuerdo de una restricción queda a nuestro criterio absoluto.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene el derecho a solicitar que le comuniquemos información específica de una cierta manera o en una ubicación específica, si considera que, por el contrario, la comunicación puede ponerlo en peligro. Por ejemplo, puede solicitar que se envíe la explicación de beneficios a su lugar de trabajo en vez de a su hogar si considera que esta información puede ponerlo en peligro si se envía a su hogar. Toda solicitud para una comunicación debe realizarse por escrito y debe estar acompañada por una declaración en la que se exprese que se necesita la comunicación confidencial para evitar su exposición personal al peligro. Todas las solicitudes deben remitirse a:

United Food & Commercial Workers Local 655 Welfare Fund
ATENCIÓN: Oficial de Privacidad
300 Weidman Road, Suite A
Ballwin, Missouri 63011

6. Derecho a una copia en papel de este Aviso

Tiene el derecho a recibir una copia en papel de este aviso en todo momento. Para solicitar una copia en papel de este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada en el párrafo anterior.

7. Notificación de incumplimiento

Si existe un incumplimiento de la información de salud no protegida, el Plan le notificará.

Revisiones de este aviso

Reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso. Toda modificación de este aviso tendrá efecto en la información de salud que conservamos sobre usted. En caso de revisar este aviso, le proporcionaremos a la brevedad un Aviso nuevo mediante el envío por correo de una copia impresa del nuevo aviso.

Quejas

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja al Plan o al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Sus derechos personales no se verán afectados por presentar una queja. Asimismo, no se tomará represalia contra usted de ninguna manera por presentar una queja. Para presentar una queja al Plan, comuníquese con:

United Food & Commercial Workers Local 655 Welfare Fund
ATENCIÓN: Oficial de Privacidad
300 Weidman Road, Suite A
Ballwin, Missouri 63011