

# 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:

**Cigna-HealthSpring Privacy Office  
Membership Administrative Services  
P.O. Box 20002  
Nashville, TN 37202  
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.

# NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



## ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA ATENTAMENTE.

Cigna-HealthSpring crea registros acerca de usted, y del tratamiento y los servicios que le proporciona. La información que recopilamos se denomina Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Tomamos muy en serio nuestra obligación de proteger y mantener la confidencialidad de su PHI. Las leyes federales y estatales nos exigen que protejamos la privacidad de su PHI, que le proporcionemos esta Notificación sobre cómo la protegemos y la usamos y que le notifiquemos si se produce una violación de su PHI no segura. Al usar o divulgar su PHI, estamos obligados por los términos de esta Notificación. Esta Notificación se aplica a todos los registros electrónicos o en papel que creemos, obtengamos o mantengamos que contengan su PHI.

### NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Esta Notificación tiene fecha de entrada en vigor el 23 de septiembre de 2013 y permanecerá vigente hasta que la reemplacemos. Mientras esté vigente, debemos cumplir con las prácticas de privacidad que se describen en esta Notificación. Podremos modificar los términos de esta Notificación en cualquier momento, y podremos, a nuestra entera discreción, hacer valer los nuevos términos para toda la PHI que tengamos en nuestro poder, incluida la PHI que hayamos creado o recibido antes de emitir la nueva Notificación. Si modificamos esta Notificación, la actualizaremos en nuestro sitio web

y, si está inscrito en uno de nuestros planes de beneficios en ese momento, le enviaremos la nueva Notificación, según lo exigido. Además, puede solicitar una copia de la Notificación llamando al número de teléfono gratuito de Servicio al Cliente que está impreso en su tarjeta de identificación. Si usted es paciente de una de nuestras clínicas, le daremos la nueva Notificación cuando reciba tratamiento en una de nuestras instalaciones, según lo exigido, y publicaremos cualquier nueva Notificación en un lugar destacado en cada una de nuestras instalaciones.

### CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS SU PHI

Podremos usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes fines:

#### Tratamiento

- Para comunicarla al personal de enfermería, médicos, farmacéuticos y otros profesionales de atención médica, a fin de que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarle a obtener los servicios y el tratamiento que pueda necesitar; por ejemplo, para pedir análisis de laboratorio y usar los resultados.
- Para coordinar su atención médica y los servicios relacionados; por ejemplo, para recordarle que tiene una cita o para alentarle a hacerse exámenes preventivos o a darse vacunas.



## **Pago**

- Para recibir el pago de primas, si corresponde, y para administrar reclamos.
- Para realizar determinaciones con respecto a la cobertura; por ejemplo, para hablar con un profesional de atención médica sobre el pago de los servicios que se le proporcionan.
- Para coordinar los beneficios con otra cobertura que pueda tener; por ejemplo, para hablar con otro plan de salud o compañía de seguros de salud con la que tenga cobertura, para determinar la cobertura que le corresponde.
- Para obtener el pago de un tercero que pueda ser responsable de dicho pago; por ejemplo, los programas estatales de asistencia farmacéutica.

## **Operaciones relacionadas con la atención médica**

- Para brindar Servicio al Cliente y otras actividades comerciales, incluidos los programas de detección de fraude y abuso y de cumplimiento de las normas respectivas.
- Para brindar apoyo y mejorar los programas o los servicios que le ofrecemos.
- Para ayudarlo a controlar su salud; por ejemplo, para brindarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede tener derecho.
- Para brindar apoyo a otro plan de salud, compañía de seguros de salud o profesional de atención médica con el que usted mantenga una relación, para que pueda mejorar los programas que le ofrece; por ejemplo, para la administración de casos.

## **Divulgaciones a terceros que participan en su atención médica.**

- Si usted está presente o puede ordenarnos que lo hagamos de alguna otra manera, podremos divulgar su PHI a terceros; por

ejemplo, a un familiar, un amigo cercano o su cuidador.

- Si usted se encuentra en una situación de emergencia, no está presente o está incapacitado, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si la divulgación de su PHI a terceros es lo mejor para usted. Si efectivamente divulgáramos su PHI en una situación en la que usted no estuviera disponible, divulgaríamos únicamente información que fuera directamente relevante para que la persona en cuestión pudiera participar en su tratamiento o para el pago relacionado con su tratamiento. También podremos divulgar su PHI para notificar, o ayudar a notificar, a dichas personas sobre su ubicación, su condición médica general o su fallecimiento.

## **Divulgaciones a proveedores y organizaciones de acreditación.**

Podremos divulgar su PHI a:

- Compañías que prestan determinados servicios que hemos solicitado. Por ejemplo, es posible que contratemos a proveedores para que nos ayuden a proporcionar información y orientación a afiliados que sufren afecciones crónicas como diabetes y asma.
- Organizaciones de acreditación tales como el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para fines relacionados con la evaluación de la calidad.

Tenga en cuenta que antes de transmitir su PHI, obtenemos un compromiso por escrito del proveedor o de la organización de acreditación de proteger la privacidad de su PHI.

**Salud o seguridad.** Podremos divulgar su PHI para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad, o para la salud o la seguridad del público en general.

**Salud pública y actividades de supervisión de la salud.** Podremos divulgar su PHI para hacer denuncias a autoridades de salud pública, para denunciar casos de abuso, abandono o violencia familiar y a las agencias gubernamentales responsables de la supervisión del sistema de atención médica.

**Investigación.** Podremos divulgar su PHI con fines de investigación, pero solo de conformidad con lo que la ley permita.

**En los casos que exija la ley.**

Podremos divulgar su PHI:

- A agencias estatales o federales para asegurarnos de estar cumpliendo con la ley.
- En respuesta a una orden judicial o una citación, siempre que se cumplan determinados requisitos.
- A agencias o funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes, cuando así lo exija una orden judicial.
- Para procedimientos judiciales y administrativos, cuando así lo exija una orden judicial, una citación u otro tipo de solicitud.
- A determinados organismos gubernamentales, como las divulgaciones a las fuerzas armadas de los EE. UU.
- Cuando sea necesario para cumplir con las leyes de seguro de accidentes de trabajo en relación con una enfermedad o lesión laboral.

**USOS Y DIVULGACIONES DE LA PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Obtendremos su permiso o autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para cualquier otro fin que no esté incluido en esta Notificación. Por ejemplo, se necesita su permiso para:

- Usar y divulgar PHI para comunicaciones de comercialización cuando recibamos un pago directo o indirecto para hacer las comunicaciones de un tercero cuyo producto o servicio se esté comercializando;
- Divulgar PHI para fines que constituyan una venta de PHI; o
- Usar y divulgar información genética suya o de sus dependientes para la evaluación de riesgos médicos.

Para determinados tipos de PHI, es posible que la legislación federal y estatal exija una mayor protección de la privacidad y solo podremos divulgar dicha información con su permiso escrito, salvo en los casos en que la ley específicamente lo permita o lo exija. Esto incluye PHI de la siguiente naturaleza:

- Incluida en notas de psicoterapia.
- Sobre prevención, tratamiento y referencias por alcoholismo y drogadicción.
- Sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento por VIH/SIDA. Sobre enfermedades venéreas y contagiosas.
- Sobre pruebas genéticas.

Usted puede revocar este permiso por escrito en cualquier momento. En ese caso, dejaremos de usar su PHI para ese fin, pero no podremos dejar sin efecto las medidas que se hayan tomado antes de que usted revocara su permiso.

## SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Para ejercer los derechos que se describen a continuación, es posible que se le pida que complete y envíe el formulario correspondiente, que puede pedir llamando al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación. Usted tiene derecho a:

- **Solicitar restricciones** al modo en que se usa o se transmite su PHI con fines de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la atención médica. No estamos obligados legalmente a aceptar su solicitud, pero si lo hacemos, ese acuerdo será vinculante. No obstante, si usted es paciente de una de nuestras clínicas, respetarán su solicitud, en la medida permitida por la ley, de no divulgar información a nosotros ni a ninguna otra aseguradora sobre una visita médica, un servicio o un medicamento con receta por el que pague la cantidad total al momento del servicio.
- **Inspeccionar y obtener una copia** de la PHI acerca de usted que esté incluida en determinados registros en papel o electrónicos que mantengamos. Las copias se proporcionarán en una forma o formato que sea “fácilmente producible”, lo que significa que tengamos la capacidad, en términos razonables, de producir los registros en una forma legible.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** por medio de las cuales las comunicaciones con PHI se enviarán a un lugar alternativo o por medios alternativos. Cumpliremos con las solicitudes razonables siempre que sea posible.
- **Solicitar una modificación** de la PHI acerca de usted que nosotros creemos o mantengamos si usted considera que es incorrecta. Si no

estamos de acuerdo con su solicitud, conservaremos su solicitud y el motivo de nuestra denegación en su registro.

- **Solicitar un historial de las divulgaciones** que hayamos hecho de su PHI durante los últimos seis años desde la fecha de su solicitud.
- **Solicitar una copia impresa** de esta Notificación comunicándose con nosotros a la dirección indicada a continuación.

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, considera que es posible que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su PHI, puede comunicarse con nosotros a la siguiente dirección o número de teléfono:

**Cigna-HealthSpring Privacy Office  
Membership Administrative Services  
P.O. Box 20002  
Nashville, TN 37202  
1-877-653-0327 (TTY: 7-1-1),  
de lunes a viernes, de 8 a.m.  
a 5 p.m., hora del Centro.**

También puede comunicarse con la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos si considera que es posible que se hayan violado sus derechos de privacidad. Podrá enviar su queja por correo electrónico, fax o correo postal a la Oficina de Derechos Civiles. Para obtener más información, visite el sitio web en:

**<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>**. No se tomará ninguna medida en su contra por presentar una queja.