



En vigor a partir del 19 de julio de 2022

MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

Sitio web: www.metroplus.org

Teléfono general: 1-800-303-9626

TTY: 711

Correo electrónico: PrivacyOfficer@metroplus.org

Su información.

Sus derechos.

Sus responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted, y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

Sus derechos

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

Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones y demás información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Le cobraremos \$0.75 (75 centavos) por cada página de las copias que usted solicite.

Pedir que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones

- Usted puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones si considera que son incorrectos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos contactemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su hogar o laboral) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si nos dice que usted estaría en peligro si no lo hacemos.

continúa en la siguiente página

Sus derechos (continuación)

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que **no** usemos ni compartamos cierta información de salud relacionada con tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla si afectara su atención.

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información

- Usted puede solicitar un listado (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (tales como las que nos haya solicitado que hagamos). Le entregaremos un listado al año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable en función del costo si solicita otro listado en un plazo de 12 meses.
- Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711). Las solicitudes para cambiar o modificar este tipo de solicitud de comunicación confidencial deben hacerse por escrito a la dirección que figura más abajo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibir este aviso electrónicamente. Le brindaremos una copia impresa oportunamente. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711).

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder para tomar decisiones 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 la persona tenga esta facultad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar una medida.

Presentar un reclamo si considera que se vulneran sus derechos

- Si considera que hemos infringido sus derechos, puede presentar un reclamo al comunicarse con nosotros mediante la información que figura en la página 1.
- Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para hacerlo, puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamar al 1-877-696-6775 o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

continúa en la siguiente página

Sus derechos (continuación)

Antiguos miembros

- Si finaliza su membresía con MetroPlusHealth, su Información quedará protegida de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos para nuestros miembros actuales.

Sus elecciones

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus elecciones en cuanto a lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que desea que compartamos su información en las situaciones que se describen a continuación, infórmenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos la información con su familia, con sus amigos cercanos o con otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos la información en una situación de ayuda ante catástrofes.

Si no puede decirnos qué prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si consideramos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé su permiso por escrito:

- Objetivos de comercialización
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud para los siguientes propósitos.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo atienden.
- Programas o productos relacionados con la salud: MetroPlusHealth puede proveerle información sobre tratamientos médicos, programas, productos y servicios.

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

continúa en la siguiente página

La información provista está sujeta a los límites impuestos por la ley.

- Recordatorios: MetroPlusHealth puede usar y divulgar información personal de salud (PHI) sobre usted (por ejemplo, llamándolo o enviándole un mensaje de texto o una carta) para recordarle sobre una cita para un tratamiento o porque es el momento de que programe una cita para un chequeo de rutina o para aplicarse una vacuna, o para proveerle información sobre alternativas de tratamiento (“opciones”) u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le pueden llegar a interesar.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- **No tenemos permitido usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura.** Esto no aplica a los planes de atención a largo plazo.

***Por ejemplo:** Usamos información de salud sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.*

El Departamento de Gestión de Calidad de MetroPlusHealth puede usar su información de salud para mejorar la calidad de los programas, los datos y procesos comerciales del Plan. A modo de ejemplo, nuestro personal encargado de gestión de calidad o los enfermeros revisores contratados pueden revisar su historial médico para evaluar la calidad de la atención que usted y todos los miembros del Plan recibieron.

continúa en la siguiente página

Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o requiere que compartamos su información de otras maneras —por lo general para contribuir al bien público, tal como a la salud pública e investigaciones. Debemos reunir muchas condiciones legales antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

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

| | | |
|--|---|---|
| Administrar su plan | Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan. | <i>Por ejemplo: Su empresa nos contrata para que proveamos un plan médico y nosotros le damos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.</i> |
| Pagar por sus servicios de salud | Podemos usar y divulgar su información de salud para pagar por sus servicios de salud. | <i>Por ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de la atención odontológica recibida.</i> |
| Brindar atención de calidad y prestar servicios de manera eficiente | <p>MetroPlusHealth participa en el intercambio de información de salud operado por Healthix. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica y cumple las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA y de las leyes del estado de Nueva York. Es nuestro propósito tener la intención de informar a nuestros pacientes que, como parte de la participación en Healthix, MetroPlusHealth envía/carga electrónicamente la información médica protegida de nuestros pacientes a Healthix.</p> <p>Además, ciertos miembros del personal de MetroPlusHealth están autorizados para acceder a la información de los pacientes a través de Healthix, de conformidad con las reglas aplicables de consentimiento. El consentimiento para acceder a Healthix habitualmente se concede según las circunstancias específicas de cada organización. Sin embargo, los pacientes tienen la opción de negar a todas las organizaciones el acceso en Healthix. Si le interesa negar a todas las organizaciones el acceso en Healthix a su información médica protegida, puede hacerlo visitando el sitio de internet de Healthix en www.healthix.org o llamando a Healthix al 877-695-4749. La información referente a los pacientes que se encuentra en Healthix proviene de lugares que le han brindado atención médica o de información de seguros de salud (reclamaciones). Estas fuentes de datos pueden incluir a hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica de manera electrónica. Hay disponible una lista actualizada de estas fuentes de datos en Healthix. Los pacientes pueden obtener una lista actualizada en cualquier momento si visitan www.healthix.org o llaman al 1-877-695-4749.</p> | |

continúa en la siguiente página

| | |
|--|--|
| Ayudar con la salud pública y problemas de seguridad | Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, tales como: <ul style="list-style-type: none">o Evitar enfermedadeso Informar reacciones adversas a los medicamentoso Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia domésticao Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona. |
| Realizar investigaciones | Podemos usar o compartir su información para fines de investigación sanitaria. |
| Cumplir con la ley | Compartiremos información sobre usted si lo requieren las leyes estatales o federales, e incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea corroborar que cumplimos con la ley de privacidad federal. |
| Abordar solicitudes de compensación a trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales | Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: <ul style="list-style-type: none">o Para resolver reclamaciones de compensaciones a trabajadoreso Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la leyo Con agencias de supervisión de salud autorizadas por leyo Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial |
| Responder a juicios y acciones legales | Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa legal o en respuesta a una citación. |
| Leyes del estado de Nueva York en materia de divulgación de ciertos tipos de información | MetroPlusHealth debe cumplir con leyes adicionales del estado de Nueva York que tienen un nivel mayor de protección para la información personal, especialmente la información relacionada con la condición o el tratamiento del VIH/SIDA; la salud mental; el trastorno por consumo de sustancias y la planificación familiar. |

continúa en la siguiente página

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos oportunamente si se produce un incumplimiento que podría comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.

No usaremos ni compartiremos su información de otras formas distintas a las descritas en este documento, a menos que nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos autoriza a compartir o usar su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo pedido en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Este aviso entra en vigor a partir del 19 de julio de 2022.

Información de contacto del funcionario de privacidad

Si tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o si desea presentar un reclamo o ejercer sus derechos descritos arriba, póngase en contacto con:

Customer Services – MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

- **Teléfono general:** 1-800-303-9626, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **Miembros de Medicare:** 1-866-986-0356, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **TTY:** 711
- **Correo electrónico:** PrivacyOfficer@metroplus.org



NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

MetroPlus Health Plan complies with Federal civil rights laws. **MetroPlus Health Plan** does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

MetroPlus Health Plan provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

- Free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **MetroPlus Health Plan** at 1-800-303-9626. For TTY/TDD services, call 711.

If you believe that **MetroPlus Health Plan** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **MetroPlus Health Plan** by:

Mail: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Phone: 1-800-303-9626 (for TTY/TDD services, call 711)
Fax: 1-212-908-8705
In person: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Email: Grievancecoordinator@metroplus.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

Web: Office for Civil Rights Complaint Portal at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Mail: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Phone: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Language Assistance

| | |
|--|---------------|
| ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711) . | English |
| ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Spanish |
| 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-303-9626 (TTY: 711)。 | Chinese |
| ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-303-9626 (TTY: 711) رقم هاتف الصم والبكم | Arabic |
| 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. | Korean |
| ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-303-9626 (телетайп: ТТУ: 711). | Russian |
| ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Italian |
| ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-303-9626 (TTY: 711). | French |
| ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711). | French Creole |
| אויפֿמערקזאָם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Yiddish |
| UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-303-9626 (TTY: 711) | Polish |
| PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Tagalog |
| লক্ষ্য করুনঃ যদি আপদন বা লক্ষ্যতা বলেত পাতেন, োহতল দনঃখেচায় ভাষা সহােয়া পদেতষবা উপলদ্ধ আতো ফান করুন ১-1-800-303-9626 (TTY: 711) | Benga |
| KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Albanian |
| ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Greek |
| خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-303-9626 (TTY: 711) | Urdu |