



## EL PRESENTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED Y COMO PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. FAVOR DE REVISARLO DETENIDAMENTE

Estimado Cliente del Plan de BMI:

El presente es su Aviso de Privacidad de Información sobre la Salud de “Best Meridian Insurance Company” y de su administrador, “BMI Services, Inc” (en lo sucesivo denominados “BMI” y/o “BMI Services”). Sírvase leerlo detenidamente. Usted ha recibido este aviso porque tiene su cobertura de seguro de salud con nosotros. Tanto BMI como cada miembro de la familia de compañías BMI (un “Afiliado”) tenemos como firme política el proteger la confidencialidad y la seguridad de toda información que recolectemos acerca de usted. En el presente aviso nos referiremos a BMI y a BMI Services utilizando la primera persona del plural (“nosotros”, “nos” o “nuestro/a”).

Este aviso detalla la forma en que protegemos toda la Información sobre la Salud Personal que tengamos sobre usted relacionada con su cobertura de seguro de salud (la “Información sobre la Salud Personal”) y cómo podemos utilizar y dar a conocer dicha información. La Información sobre la Salud Personal incluye toda información personal identificable individualmente relacionada con su salud, tratamientos, o pagos por servicios de cuidado de la salud ya sean pasados, presentes o futuros. El presente aviso también describe los derechos suyos con respecto a su Información sobre la Salud Personal y la manera en que usted puede ejercer esos derechos.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (“HIPAA”) nos exige que le proveamos a usted este aviso. Si desea recibir información adicional sobre nuestra Política sobre la Privacidad de la Información Médica relacionada con la Ley HIPAA o sobre nuestras políticas generales de privacidad, sírvase ver los avisos de privacidad que figuran en nuestro website, [www.bmicos.com](http://www.bmicos.com). Puede mandarnos otras preguntas ahí o nos puede escribir directamente a BMI Companies, 8950 SW 74th Court, Miami, FL 33156.

La ley nos exige lo siguiente:

- mantener la confidencialidad de su Información sobre la Salud Personal;
- darle a usted este aviso sobre nuestros deberes legales y normas de privacidad relacionados con Información sobre su Salud Personal; y
- regirnos por los términos y condiciones delineados en este aviso.

Protegemos la Información sobre su Salud Personal contra el uso o divulgación inapropiados. A nuestros empleados, y a los de las compañías que nos ayudan a proporcionarle servicios a su Seguro de Salud se les exige el cumplir con nuestros requisitos que protegen la confidencialidad de la Información sobre la Salud Personal. Se les permite mirar la Información sobre su Salud Personal únicamente cuando exista una razón apta para hacerlo, tal como el administrar nuestros productos o servicios.

No divulgaremos la Información sobre su Salud Personal a otras compañías para que la utilicen para venderle a usted sus productos. No obstante, tal como se describe a continuación, utilizaremos y daremos a conocer dicha Información para fines comerciales relacionados con su cobertura de Seguro de Salud.

Las razones principales debido a las cuales podemos usar y dar a conocer dicha Información serían para evaluar y tramitar solicitudes de cobertura y reclamaciones de beneficios que usted presente. He aquí la descripción de éstos y de otros usos y divulgaciones, junto con otros ejemplos.

- **Para efectuar pagos.** Podemos utilizar y dar a conocer la Información sobre su Salud Personal para efectuar pagos de beneficios a través de su cobertura de Seguro de Salud. Por ejemplo, podemos revisar la Información sobre la Salud contenida en reclamaciones con el fin de reembolsar a proveedores por servicios prestados. Podemos asimismo dar a conocer la susodicha Información a otras compañías de seguros para coordinar los beneficios de una reclamación en particular. Podemos además dar a conocer la mencionada Información sobre la Salud Personal a un plan de salud para diversas funciones de pago, como por ejemplo para determinaciones de elegibilidad, auditorías, revisiones o para ayudarlo a usted con sus indagaciones o desacuerdos.
- **Para trámites u operaciones relacionados con los cuidados de la salud.** Podemos también utilizar y dar a conocer la Información sobre la Salud Personal para nuestros trámites u operaciones relacionados con el seguro. Entre estos fines se encuentran el evaluar solicitudes de productos o de servicios prestados por el seguro de salud, la administración de los mismos y el tramitar las transacciones que usted haya solicitado. Podemos también dar a conocer dicha Información sobre la Salud a Afiliados y a asociados comerciales fuera de la familia de compañías de BMI, si éstos necesitan recibir dicha Información para prestarnos un servicio y si aceptan acatar las normas específicas del HIPAA que protegen la Información sobre la Salud Personal. Ejemplos de asociados comerciales son: compañías de facturación, compañías de procesamiento de datos o compañías que prestan servicios administrativos en general. La información sobre la Salud Personal se puede dar a conocer a reaseguradoras para fines de suscripción, auditorías o revisión de reclamaciones. La Información sobre la Salud Personal también se puede dar a conocer si forma parte de una fusión o adquisición potencial que involucre a nuestra compañía con el fin de llegar a una decisión comercial basada en información con respecto a dicha futura operación.



## Aviso exigido por la Ley HIPAA sobre las Normas de Privacidad para la Información sobre la Salud Personal



- **Cuando así lo exija la Ley o para llevar a cabo Actividades de Salud Pública.** Damos a conocer Información sobre la Salud Personal cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Entre los ejemplos de dichas divulgaciones obligatorias se encuentran el notificar a las autoridades estatales o locales de salud sobre ciertas enfermedades contagiosas, o suministrar Información sobre la Salud Personal a una agencia gubernamental o a un regulador que tengan responsabilidades supervisorias sobre los cuidados de la salud. También podemos dar este tipo Información a un médico forense para ayudarlo a identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte.
- **Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o a la Seguridad.** Podemos dar a conocer Información sobre la Salud Personal para evitar una amenaza grave a la salud o a la integridad física de una persona. También podemos dar a conocer dicha Información a las agencias federales, estatales o locales cuando éstas presten socorro a causa de desastres así como a las agencias particulares de socorro o asistencia en casos de desastres para permitir que dichas entidades puedan llevar a cabo sus obligaciones en situaciones específicas de desastres.
- **Para Beneficios o Servicios Relacionados a la Salud.** Podemos utilizar Información sobre la Salud Personal para proveerle a usted datos sobre los beneficios que su actual cobertura o póliza pongan a su disposición y, en situaciones limitadas, datos sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.
- **Para Funciones Relacionadas con las Funciones de las Fuerzas del Orden Público o Funciones Específicas del Gobierno.** Podemos dar a conocer Información sobre la Salud Personal en respuesta a una solicitud de un oficial de las fuerzas del orden público que se haga por medio de una orden judicial, una citación, orden de arresto, emplazamiento o algún proceso similar. Podemos dar a conocer la Información sobre su Salud Personal a funcionarios federales para asuntos relacionados con los servicios de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacional que autorice la ley.
- **Cuando se solicite como parte de un Procedimiento Jurídico o Regulatorio.** Si usted o su caudal hereditario están involucrados en una disputa o demanda judicial, podemos dar a conocer Información sobre su Salud Personal en respuesta a una orden del tribunal o a un auto administrativo. Podemos también dar a conocer dicha Información en respuesta a una citación, solicitud de entrega de información o pruebas relacionados con un litigio u algún otro proceso lícito presentado por otra persona involucrada en la disputa, pero solamente si se han realizado esfuerzos por informarle a usted sobre dicha solicitud o para obtener una orden que proteja la Información sobre la Salud Personal que se haya solicitado. Podemos dar a conocer dicha Información a cualquier agencia gubernamental o regulador ante los cuales usted haya presentado una demanda o queja, o como parte de una inspección llevada a cabo por una agencia reguladora.
- **Otros Usos de la Información sobre la Salud Personal.** Se harán otros usos y divulgaciones de la Información sobre la Salud Personal no incluidos en este aviso y que sean permitidos por las leyes que nos aplican a nosotros solamente si usted o su representante legal da autorización para ello por escrito. Si recibimos autorización para utilizar o dar a conocer Información sobre su Salud Personal, usted o su representante legal autorizado puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento, excepto tanto cuanto ya hayamos tomado acción basándonos en dicha autorización. Usted debe entender que no podremos retirar las divulgaciones que ya se habían hecho sobre la base de dicha autorización.

### SUS DERECHOS REFERENTES A LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PERSONAL QUE GUARDAMOS ACERCA DE USTED

A continuación delineamos los diversos derechos que usted tiene como consumidor en virtud de la ley HIPAA concernientes a la Información sobre su Salud Personal. Si tiene alguna pregunta sobre algún derecho específico, sírvase escribirnos a la dirección que figura en la sección donde describimos ese derecho.

- **El Derecho a Examinar y Copiar la Información sobre su Salud Personal.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a examinar y a obtener copia de la Información sobre la Salud Personal que guardemos acerca de usted. Para examinar y copiar dicha Información, debe mandar por escrito su solicitud a BMI Services, Inc., 8950 SW 74th Court, Miami, FL 33156. Para recibir una copia de la Información sobre su Salud Personal, se le podrá cobrar un honorario por el costo de copiar dicha Información, mandarla por correo y por el de otros materiales necesarios para llevar a cabo su solicitud. Sin embargo, ciertos tipos de Información sobre la Salud Personal no podrán examinarse ni copiarse. Estos últimos incluyen la Información sobre la Salud Personal recibida por nosotros en conexión con cualquier reclamación o procedimiento jurídico, o en anticipación razonable de los mismos. En circunstancias muy limitadas podemos negar su solicitud de examinar y obtener copia de Información sobre su Salud Personal. Si lo hacemos, usted puede solicitar que se reconsidere la negación. Dicha reconsideración la conducirá un individuo escogido por nosotros que no haya tomado parte en la decisión original de negar su solicitud. Cumpliremos la decisión que se tome como resultado de esa reconsideración.
- **El Derecho a Enmendar la Información sobre su Salud Personal.** Si usted considera que la Información sobre su Salud Personal es errónea o que le falta una parte importante a la mañana, usted puede tener derecho a pedirnos que enmendemos la Información sobre su Salud Personal durante el tiempo que nosotros la guardemos o nos la guarden. Tiene que poner por escrito su solicitud y la razón que la respalda y presentarla a BMI Services, Inc., 8950 SW 74th Court, Miami, FL 33156. Podemos negar su solicitud si no se ha puesto por escrito o si no incluye la razón que la respalda. Podemos además, negar su solicitud si usted nos pide que enmendemos Información sobre la Salud Personal que:
  - sea precisa y completa;
  - no haya sido originada por nosotros, a menos que la persona o entidad que originó dicha Información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;



## Aviso exigido por la Ley HIPAA sobre las Normas de Privacidad para la Información sobre la Salud Personal



- no forme parte de la Información sobre la Salud Personal que guardemos nosotros o que nos la guarden; o
- no forme parte de la Información sobre la Salud Personal que a usted se le permita examinar y copiar.

- **El Derecho a Obtener una Lista de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos hecho de la Información acerca de su Salud Personal. Dicha lista no incluye las divulgaciones hechas por concepto de tratamientos, pagos ni operaciones o trámites relacionados con el cuidado de la salud, hechas para fines de seguridad nacional, a las fuerzas del orden público o al personal carcelario o realizadas debido a la autorización que haya dado usted ni las divulgaciones que se le hayan hecho directamente a usted. Para solicitar esta lista, debe presentar su solicitud por escrito a BMI Services, Inc., 8950 SW 74th Court, Miami, FL 33156.

Su solicitud debe indicar el plazo durante el cual usted desea recibir la lista de divulgaciones. El plazo no puede ser de más de seis años ni incluir fechas de antes del 14 de abril del 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma usted quiere la lista (por ejemplo, en papel o en forma electrónica). La primera lista que usted pida dentro de un plazo de 12 meses será gratis. Le podremos cobrar por responder a solicitudes adicionales. Le notificaremos el costo de las mismas y usted podrá escoger el retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir en costo alguno.

- **El Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación con respecto a la Información sobre la Salud Personal que utilicemos o demos a conocer acerca de usted para fines de tratamientos, pagos y trámites u operaciones relacionados con el cuidado de la salud o que le hagamos conocer a alguien que participe en proveerle cuidados a usted o en el pago de los mismos, como es el caso de un familiar o una amistad. Aunque consideraremos su solicitud, no estamos obligados a aceptarla, y en caso de que la aceptemos, entonces sí cumpliremos con su petición. Para solicitar una restricción debe presentar su solicitud por escrito a BMI Services, Inc., 8950 SW 74th Court, Miami, FL 33156. En la misma, usted debe decirnos (1) qué información usted quiere limitar; (2) que si usted quiere limitar el uso, la divulgación de la misma o ambos; y (3) a quién usted quiere que apliquen las limitaciones (por ejemplo, las divulgaciones que se le hagan a su cónyuge o a sus padres). No aceptaremos restricciones sobre los usos o divulgaciones de la Información sobre la Salud Personal que nos exija la ley o que sean necesarios para administrar nuestro negocio.

- **El Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en un lugar especial con respecto a la Información sobre la Salud Personal si nos dice que el comunicarnos de otra forma lo podría poner en peligro. Por ejemplo, usted puede pedir que sólo le contactemos en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales debe presentar su solicitud por escrito a BMI Services, Inc., 8950 SW 74th Court, Miami, FL 33156 y especificar cómo o dónde usted desea que se le contacte. Nos ajustaremos a toda petición razonable.

### INFORMACIÓN ADICIONAL

**Cambios Efectuados en este Aviso.** Nos reservamos el derecho a cambiar los términos y condiciones del presente aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso cambiado o modificado entre en vigor con relación a la Información sobre la Salud Personal que ya tengamos acerca de usted así como toda Información sobre la Salud Personal que recibamos en el futuro. La fecha de entrada en vigor del presente aviso y de todo aviso modificado o cambiado podrá encontrarse en la última página, en la esquina inferior derecha del aviso. Usted recibirá copia de todo aviso modificado de parte de las Compañías de BMI por correo o por correo electrónico, pero solamente si las Compañías BMI ofrecen el servicio de entrega por correo electrónico y si usted acepta dicho servicio de entrega.

**Otras Informaciones.** Usted puede tener derechos adicionales en virtud de otras leyes aplicables. Para más información sobre nuestra Política de Privacidad para la Información Médica relacionada con la Ley HIPAA o sobre nuestras políticas en general de privacidad, sírvase contactarnos en el [www.bmicos.com](http://www.bmicos.com) (305) 443-2898 o escribirnos a BMI Services, Inc., 8950 SW 74th Court, Miami, FL 33156.



## AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN PROTEGIDA ACERCA DE LA SALUD

Yo, el infrascrito, autorizo dar a conocer la información protegida acerca de mi salud (también conocida por sus siglas en inglés de Protected Health Information, o sea, "PHI") de la siguiente manera:

A) Clases de Personas Autorizadas a Dar a Conocer la Información Protegida acerca de mi Salud: Por este medio autorizo a cada médico, doctor, grupo de consultorios de médicos, enfermera(o) y cualquier otro proveedor de cuidados de la salud (cada uno considerado un "Responsable Autorizado para Dar a Conocer Información" a que dé a conocer toda y cualquier información protegida acerca de mi salud ("PHI") que disponga la presente autorización. Además autorizo a cada uno de dichos Responsables Autorizados a usar una copia fotostática o de facsímil u otro tipo de reproducción de esta autorización.

B) Personas Autorizadas a Recibir la Información Protegida acerca de mi Salud: Autorizo a cada Responsable Autorizado por virtud de la presente autorización que dé a conocer la Información Protegida acerca de mi Salud ("PHI") a **BMI Services, Inc.**, así como a cualquiera de sus funcionarios, socios, empleados, agentes, contratistas independientes y demás representantes (colectivamente denominados el "Recipiente Autorizado").

C) Descripción de la Información Protegida acerca de la Salud que se autoriza se dé a conocer y el propósito que tiene dicha revelación: La presente autorización aplicará a toda y cualquier Información Protegida acerca de mi Salud ("PHI"), incluyendo las siguientes pero sin quedar limitadas a las mismas: expedientes médicos, hojas clínicas, informes de laboratorio, resultados de pruebas y demás informaciones semejantes o conocimientos acerca de mi persona o de la condición de mi salud, incluyendo los siguientes tipos de información pero sin quedar limitados a los mismos: Información Protegida ("PHI") relacionada con el SIDA, con el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS o "ARC" en inglés) o con el VIH, con el Abuso del Alcohol y/o Drogas, con la Salud Mental y con Enfermedades Transmisibles, independientemente de que sea identificable personalmente o de que esté protegida por leyes o reglamentos de confidencialidad o de privacidad federales o estatales. Esta autorización y todas las revelaciones que se hagan de la Información Protegida acerca de mi Salud ("PHI") en virtud de la misma tienen por propósito el permitirle al Recipiente Autorizado: (1) evaluar o mandar que se prepare la evaluación para fines del pago de reclamaciones médicas y la autorización de tratamientos; y (2) verificar o actualizar dicha Información Protegida ("PHI") acerca de mi persona con respecto a todos los propósitos relacionados con mi póliza de seguro que tenga que realizar el "Recipiente Autorizado".

D) Derecho a Revocar la Autorización: Reconozco, sé y comprendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento con respecto a cualquier Responsable Autorizado para Dar a Conocer Información notificando por escrito a dicho Responsable acerca de la revocación que yo haga de esta autorización y entregando dicha revocación por correo o mediante entrega personal en la dirección designada por dicho Responsable teniendo en cuenta que la revocación que se haga de dicha autorización no será aplicable a la medida que el Responsable Autorizado ya haya tomado acción basándose en la presente autorización antes de recibir aviso de la revocación que yo hiciera de ésta.

Asimismo sé y comprendo que la presente autorización constituye un consentimiento y autorización que piden un proveedor de cuidados de la salud, una entidad procesadora de datos sobre la salud o un plan de salud que se rigen por los reglamentos acerca de la privacidad promulgados por virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud ("HIPAA") de 1996 ("los Reglamentos de Privacidad de la Ley 'HIPAA'"). Además sé y comprendo que, como resultado de la presente autorización, la Información Protegida acerca de mi Salud ("PHI") que dé a conocer a un Recipiente Autorizado un Responsable Autorizado para Dar a Conocer Información también podrá ser dada a conocer por el Recipiente Autorizado a los Asociados Comerciales que sea necesario para procesar mi reclamación adecuadamente. Certifico que firmo y entrego la presente autorización libre y unilateralmente en la fecha que aparece escrita a continuación. Además certifico que la presente autorización está escrita en lenguaje común y corriente y que me he quedado con una copia de esta autorización firmada para usarla como futura referencia.

(Firma de la persona)

(Escriba nombre de la persona en letra de molde o a máquina)

(Fecha)