

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y REVELARSE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA REFERENTE A USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestra obligación legal

Estamos obligados por las leyes estatales y federales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud protegida (por sus siglas en inglés "PHI"). También estamos obligados a proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en lo referente a su PHI. Estamos además obligados a notificar a los individuos afectados cuando ocurra una violación de cualquier PHI no segura. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté en vigor. Este aviso entra en vigor el 23 de septiembre de 2013, y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios

sean permitidos por las leyes aplicables. Nos reservamos el derecho de hacer efectivos los cambios, tanto en nuestras prácticas de privacidad como en los nuevos términos de nuestro aviso, para toda la información de salud protegida que conservemos, incluyendo información de salud protegida que creamos o recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y enviaremos el nuevo aviso a los suscriptores a nuestro plan de cuidado de la visión en el momento del cambio.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, por favor contáctenos usando la información enlistada al final de este aviso.

Usos y revelación de información de salud protegida

Usamos y revelamos información de salud protegida referente a usted para fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o revelar su información de salud protegida a un proveedor de cuidado de la visión u otro proveedor de cuidado de la salud para proporcionarle tratamiento. Por ejemplo, la información obtenida por un enfermero, médico u otro miembro de su equipo médico será registrada en su expediente y usada para determinar el curso de tratamiento que funcionará mejor para usted.

Pago: Podemos usar y revelar su información de salud protegida para pagar reclamaciones de médicos, proveedores de cuidado de la visión y otros proveedores de servicios que se le hayan prestado y que estén cubiertos por su plan de cuidado de la visión, para determinar su elegibilidad para beneficios, para coordinar beneficios, para examinar la necesidad médica, para obtener primas, para emitir explicaciones de beneficios a la persona suscrita al plan de cuidado de la visión en el que usted participa, y fines similares. Podemos revelar su información de salud protegida a un proveedor de cuidados médicos o entidad sujeta a las reglas federales de privacidad, para que puedan obtener pagos o realizar estas actividades de pago.

Operaciones de cuidado de la salud: Podemos usar y revelar su información de salud protegida en relación con nuestras operaciones de cuidado de la salud. Las operaciones de cuidado de la salud incluyen:

- Evaluar nuestro riesgo y determinar nuestras primas para su plan de cuidado de la visión;
- Actividades de evaluación y mejora de la calidad;
- Supervisar la competencia o cualificaciones de profesionales del cuidado de la visión, evaluar el desempeño de proveedores de cuidado de la visión, realizar programas de capacitación, acreditación, certificación, licenciamiento o credencialización;
- Supervisión médica, servicios legales y auditoría, incluyendo detección y solución de fraudes y abusos;
- Planeación y desarrollo de negocios; y
- Actividades de gestión de negocios y de administración general, incluyendo actividades de gestión relacionadas con la privacidad, servicio a clientes, resolución de quejas internas, y creación de información médica sin identificadores o en un conjunto de datos limitado.

Podemos revelar su información de salud protegida a otra entidad que tenga una relación con usted y que esté sujeta a las reglas federales de

privacidad, para sus actividades de cuidado de la salud relacionadas con actividades de evaluación y mejora de la calidad, supervisión de la competencia o cualificaciones de profesionales del cuidado de la visión, o detección o prevención de fraudes y abusos en el cuidado de la salud.

Sobre su autorización: Otros usos y revelaciones de PHI no cubiertos por este aviso o por leyes aplicables solamente se harán con su permiso por escrito. Usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud protegida o para revelarla a cualquiera, para cualquier propósito. Si nos otorga su autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará a ningún uso o revelación permitida por su autorización mientras esta estaba en vigor. A menos que nos otorgue una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud protegida por cualquier razón, excepto las descritas en este aviso.

Otros involucrados con su cuidado: A menos que usted objete, podemos revelar su información de salud protegida a un miembro de la familia, amigo u otra persona hasta donde sea necesario para ayudar con el cuidado de su visión o con el pago por el cuidado de su visión. Podemos usar o revelar su nombre, ubicación y condición general o muerte para notificar, o ayudar en la notificación a (incluyendo su identificación o ubicación) una persona involucrada con su cuidado.

Antes de que revelemos su información de salud protegida a una persona involucrada con el cuidado de su visión o con el pago por el cuidado de su visión, le daremos la oportunidad de objetar a tal uso o revelación. Si no está presente, o en caso de que esté incapacitado o de una emergencia, revelaremos su información de salud protegida con base en nuestro juicio profesional de si la revelación sería lo mejor para sus intereses.

Su empleador o la organización que patrocina su Plan de salud grupal: Podemos revelar su información de salud protegida y la información de salud protegida de otros enrolados en su plan grupal de cuidado de salud al empleador o a otra organización que patrocine su plan grupal de cuidado de salud para permitir que el patrocinador del plan realice funciones de administración del plan. Por ejemplo, podemos revelar la información mínima necesaria sobre las reclamaciones de cuidado de la visión al empleador o a otra organización que patrocine sus beneficios de cuidado de la visión con el fin de obtener el pago por los servicios de cuidado de la visión que usted haya recibido. Su empleador u otra organización que patrocine su Plan de salud grupal puede contactarnos a nombre de usted en lo referente a beneficios, reclamaciones, cobertura, etc. y le proporcionaremos la información mínima necesaria para responder a la consulta. Por favor consulte el documento de su plan

grupal de salud para una explicación completa de los usos y revelaciones limitados que el patrocinador del plan puede realizar de su información de salud protegida para efectos de la administración del plan.

También podemos revelar resúmenes de información respecto a las personas enroladas en su plan grupal de salud al patrocinador del plan para efectos de obtener cotizaciones de primas para la cobertura de seguro de cuidado de la visión que se ofrece a través de su plan grupal de salud, o para decidir si se modifica, altera o cancela su plan grupal de salud. El resumen de información que podemos revelar es un resumen del historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o tipos de reclamaciones experimentados por las personas enroladas en su plan grupal de salud. El resumen de información no incluirá información demográfica sobre las personas enroladas en el plan grupal de salud, pero el patrocinador del plan podría aun así identificarle a usted o a otras personas enroladas en su plan grupal de salud con base en el resumen de información.

Suscripción de seguro: Podemos recibir su información de salud protegida para suscripción de seguros, evaluación de primas u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro de cuidado de la visión o beneficios de cuidado de la visión. No usaremos ni revelaremos esta información de salud protegida para cualquier otro propósito, excepto cuando estemos obligados por la ley, a menos que el contrato de seguro de cuidado de la visión o los beneficios de cuidado de la visión se contraten con nosotros. En ese caso, nuestro uso y revelación de su información de salud protegida sólo será en los términos descritos en este aviso. Tenemos prohibido usar o revelar información genética sobre un individuo para propósitos de suscripción de seguros.

Alivio de desastres: Podemos usar o revelar su información de salud protegida a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por su acta constitutiva para ayudar en esfuerzos de alivio de desastres.

Beneficio público: Podemos usar o revelar su información de salud protegida de acuerdo a lo autorizado por las leyes para los siguientes propósitos que se consideran de interés o beneficio público:

- Según lo requerido por la ley;
- Para actividades de salud pública, incluyendo reportes de enfermedades y estadísticas vitales, reportes de abuso infantil, supervisión de la FDA, y a los empleadores en lo referente a enfermedades o lesiones laborales;
- Para reportar abuso o abandono de adultos o violencia doméstica;
- A agencias de supervisión de la salud;
- En respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procedimientos legales;

- A oficiales policíacos en respuesta a citatorios y otros procesos legales, referentes a víctimas de crímenes, muertes sospechosas, crímenes en nuestras instalaciones, reporte de crímenes en emergencias, y para identificar o localizar a un sospechoso o a otra persona;
- A forenses, examinadores médicos y directores de funerarias;
- A organizaciones de obtención de órganos para trasplante;
- Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad;
- A fuerzas militares y a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional;

- A instituciones correccionales en lo referente a sus internos; y
- De acuerdo a lo autorizado por las leyes estatales de incapacidad laboral.

Servicios relacionados con la salud. Podemos usar su información de salud protegida para contactarle con información referente a beneficios y servicios relacionados con el cuidado de la visión o referente a alternativas de tratamiento que puedan interesarle. Podemos revelar su información de salud protegida a un socio de negocios para que nos ayude en estas actividades.

Podemos usar o revelar su información de salud protegida para animarle a comprar o usar un producto o servicio mediante comunicación cara a cara, o para entregarle regalos promocionales.

Derechos individuales

Acceso: Usted tiene derecho a ver o a recibir copias de su información de salud protegida, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto a fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo de manera práctica. Usted debe hacer su solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud protegida. Puede obtener un formulario para solicitar el acceso usando la información de contacto incluida al final de este aviso o visitando nuestro sitio web. También puede solicitar el acceso enviándonos una carta a la dirección que se encuentra al final de este aviso. Si solicita copias, le cobraremos una cuota basada en nuestros costos por el tiempo del personal para localizar y copiar su información de salud protegida, y el envío si desea que le enviemos las copias por correo. Si solicita un formato alterno, le cobraremos una cuota basada en nuestros costos para proporcionarle su información de salud protegida en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud protegida por una cuota. Contáctenos usando la información incluida al final de este aviso para recibir una explicación completa de nuestras cuotas.

Relación de revelaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de las ocasiones en que nosotros o nuestros socios de negocios revelamos su información de salud protegida para propósitos distintos al tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, por autorización de usted, y para ciertas otras actividades, desde el 14 de abril de 2003. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener una relación de todas las revelaciones de su información de salud protegida. Puede obtener un formulario para solicitar una relación de revelaciones usando la información de contacto incluida al final de este

aviso o visitando nuestro sitio web. Le proporcionaremos la fecha en la que hicimos la revelación, el nombre de la persona o entidad a la que le revelamos su información de salud protegida, una descripción de la información de salud protegida que revelamos, el motivo de la revelación, y algunos otros datos. Si solicita esta relación más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una cuota razonable basada en nuestros costos por responder estas solicitudes adicionales. Contáctenos usando la información incluida al final de este aviso para una explicación completa de nuestras cuotas.

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar que coloquemos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información de salud protegida. Debemos cumplir con la solicitud si la revelación es con el propósito de pagos u operaciones de cuidado de la salud y no es requerida por la ley, y si la información de salud protegida concierne solamente un artículo o servicio de cuidado de la salud por el que el individuo u otra persona distinta al plan de salud haya pagado completamente el artículo o servicio en cuestión. Usted puede obtener un formulario para solicitar restricciones usando la información de contacto incluida al final de este aviso o visitando nuestro sitio web. No estamos obligados a acceder a estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia). Cualquier acuerdo para colocar restricciones adicionales deberá estar por escrito y firmado por una persona autorizada a realizar tal acuerdo en nuestro nombre. No estaremos obligados a menos que nuestro acuerdo conste por escrito.

Comunicación confidencial: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en lo referente a su información de salud protegida usando medios o ubicaciones alternos. Debe hacer su solicitud

por escrito, y debe afirmar que la información podría ponerle en peligro si no se comunica de manera confidencial como usted lo solicita. Puede obtener un formulario para solicitar comunicaciones confidenciales usando la información de contacto incluida al final de este aviso o visitando nuestro sitio web. Debemos cumplir con su solicitud si es razonable, especifica los medios o ubicaciones alternas, y nos permite cobrar primas y pagar reclamaciones de su plan de cuidado de la visión, incluyendo la emisión de explicaciones de beneficios al suscriptor del plan de cuidado de la visión en el que usted participe. Una explicación de beneficios emitida al suscriptor para el cuidado de la visión que usted recibió y para el que no solicitó comunicaciones confidenciales, o acerca del suscriptor o de otras personas cubiertas por el plan de cuidado de la visión en el que usted participa, podría contener suficiente información para revelar que usted recibió cuidado de la visión por el que nosotros pagamos, aun si usted solicitó que nos comunicáramos con usted de manera confidencial en lo referente a ese cuidado de la visión.

Modificaciones: Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud protegida.

Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser modificada. Puede obtener un formulario para solicitar una modificación usando la información de contacto incluida al final de este aviso o visitando nuestro sitio web. Podemos rechazar su solicitud si nosotros no creamos la información que usted desea que se modifique y si la entidad que la originó sigue disponible, o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de desacuerdo para que se agregue a la información que desea que se modifique. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo a personas que usted nombre, de la modificación, y para incluir los cambios en cualquier revelación futura de esa información.

Aviso electrónico: Si usted recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir este aviso por escrito. Por favor contáctenos usando la información incluida al final de este aviso para obtener este aviso por escrito.

Preguntas y quejas

Si desea más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, contáctenos usando la información incluida al final de este aviso.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o si está en desacuerdo con alguna decisión que hayamos tomado acerca del acceso a su información de salud protegida o al responder a una solicitud suya de modificar o restringir el uso o revelación de su información de salud protegida o de que nos comuniquemos con usted por medios alternos o en ubicaciones alternas, puede quejarse usando la información de contacto incluida al final de este aviso.

También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando la solicite.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud protegida. No tomaremos ningún tipo de represalias si decide presentar una queja con nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Este aviso aplica a todos los negocios administrados por Davis Vision sin importar cuál sea la entidad suscriptora o el patrocinador del plan.

Dirección postal:

Davis Vision - Privacy Office
P.O. Box 1416
Latham, New York 12110-1416

Teléfono: 1-800-571-3366

Fax: 1-866-999-4640

Correo electrónico: PRIVACY@DAVISVISION.COM

Sitio web: WWW.DAVISVISION.COM