



Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) tiene la obligación de proporcionarle un Aviso sobre las Prácticas Referentes a la Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés), así como un Aviso Estatal sobre Prácticas Referentes a la Privacidad. El Aviso sobre las Prácticas Referentes a la Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos detalla los usos y divulgación de su información de salud protegida que BCBSNM tiene permitido hacer, así como los derechos que usted tiene sobre tal información conforme a la ley federal. El Aviso Estatal sobre Prácticas Referentes a la Privacidad detalla los usos y divulgación de su información financiera personal de carácter privado que BCBSNM tiene permitido hacer, así como los derechos que usted tiene sobre tal información según la ley federal. Por favor repase estos avisos con detenimiento. Le recomendamos que se conecte al portal *Blue Access for Members*SM (BAM) en espanol.bcbsnm.com para abrir un perfil y recibir estos avisos en formato electrónico. Encontrará nuestra información de contacto al final de cada uno de estos avisos.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS (HIPAA): Vigente desde el 23 de septiembre del 2013

SUS DERECHOS. Usted tiene ciertos derechos sobre su información de salud.
Esta sección le explica cuáles son sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

A obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos

- Usted puede pedirnos que le mostremos o que le demos una copia de los expedientes médicos y de reclamos que tengamos acerca de usted. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Por lo general, le proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamos dentro de 30 días de haber recibido su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa módica por los servicios.

A pedirnos que corrijamos expedientes médicos o de reclamos

- Usted puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos o de reclamos si usted piensa que tienen errores o que están incompletos. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Es posible que rechacemos su solicitud. Le notificaremos por escrito el motivo dentro de los 60 días siguientes.

A solicitar comunicación confidencial

- Usted puede pedirnos que nos comuniquemos de una manera en específico o que le enviemos correspondencia a otro domicilio. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Consideraremos todas las solicitudes justificadas y aceptaremos su solicitud si nos hace saber que usted corre peligro en caso de que la rechacemos.

A pedirnos que limitemos lo que usamos y lo que compartimos

- Usted puede pedirnos que **no** compartamos o usemos cierta información de salud para tratamientos, pagos o para nuestras actividades operativas. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y es posible que la rechacemos si al aceptarla ponemos en riesgo sus servicios de atención médica.



A obtener una lista de las entidades a las que les hemos compartido información

- Usted puede pedirnos una lista (informe) de hasta por seis años anteriores a la fecha de su solicitud de cuando hayamos compartido su solicitud, con quién la hayamos compartido y los motivos. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas a tratamientos, pagos y nuestras actividades operativas y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hiciéramos). Le proporcionaremos un informe al año sin costo, pero es posible que cobremos una tarifa módica si nos pide otro informe dentro de los 12 meses del mismo año.

A obtener una copia de este Aviso

- Usted puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aún y cuando usted haya aceptado recibir los avisos en formato electrónico. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para pedirnos una copia impresa de este aviso y se la enviaremos lo antes posible.

A elegir a alguien que responda por usted

- Si usted le ha adjudicado a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien más es su tutor legal, dicha persona puede ejercer los derechos que le corresponden a usted y puede tomar decisiones a nombre de usted.
- Nos aseguramos que esta información sea verídica antes de compartir cualquier información suya.

A presentar una queja si piensa que se violaron sus derechos

- Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para presentar una queja si piensa que nosotros violamos sus derechos de privacidad.
- Usted también puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos. Para hacerlo, llame al 1-877-696-6775 o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ o envíeles una carta a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

SUS ELECCIONES. Usted puede informarnos cuáles son sus elecciones sobre cierta información de salud que compartimos.

Si usted tiene una preferencia definida sobre cómo quiere que compartamos su información en las situaciones que se presentan a continuación, háganoslo saber y seguiremos sus indicaciones. Comuníquese con nosotros con la información de contacto que aparece al final de este aviso.

En estas situaciones, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amistades cercanas u otras personas involucradas en cubrir sus gastos médicos
- Compartamos información en situaciones de desastres o de auxilio
- Nos comuniquemos con usted para colaborar en recaudaciones de fondos (*fundraisers*)

Si por algún motivo usted no puede decirnos con quién podemos compartir información, es posible que la compartamos si creemos que será de beneficio para usted. Es posible que también compartamos información con el propósito de aminorar un peligro inminente a su salud o a su seguridad.



Nunca compartimos su información personal para estos propósitos, a menos que usted nos lo autorice por escrito

- Mercadotecnia
- Venta de su información

USOS Y DIVULGACIONES QUE HACEMOS. Cómo usamos o compartimos su información de salud

Por lo general, usamos y compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para apoyar administrativamente los tratamientos de salud que usted recibe

- Podemos usar y compartir su información de salud con profesionales que estén brindándole atención médica.
Por ejemplo: Un médico nos enviaría información sobre un diagnóstico y un plan de tratamiento para que nosotros podamos coordinar servicios adicionales.

Para nuestros procesos administrativos

- Podemos usar y divulgar su información para nuestros procesos administrativos y para comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Por ejemplo: Usamos información de salud para desarrollar e implementar servicios con el propósito de servirle mejor.

No podemos usar información genética para determinar si le ofreceremos cobertura, excepto para planes de largo plazo.

Para pagar por los servicios de salud que usted reciba

- Podemos usar y divulgar su información de salud ya que nosotros pagamos por los servicios de salud que usted recibe.
Por ejemplo: Compartimos información acerca de usted con su plan de servicios dentales para coordinar los pagos por los servicios que usted recibe.

Para administrar su plan de cobertura médica

- Es posible que divulguemos su información de salud con el patrocinador de su plan de cobertura médica para fines administrativos.
Por ejemplo: Si la empresa donde usted trabaja nos contrata para ofrecerle un plan de salud a usted, es posible que compartamos con su empresa ciertas estadísticas para explicarle las primas que cobramos.

Otras formas en las que podemos usar o compartir su información de salud

Tenemos permitido o tenemos la obligación de compartir su información de otras formas, generalmente para beneficio de la sociedad, por ejemplo, para casos de salud pública y de investigación. Antes de compartir su información para estos propósitos, tenemos que reunir muchas condiciones que estipula la ley. Si desea más información, por favor visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Para ayudar en asuntos de salud y seguridad públicas

- Podemos compartir su información de salud para ciertos asuntos, como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayuda en casos donde se estén retirando productos del mercado
 - Reporte de reacciones adversas a medicamentos
 - Reporte de supuestos abusos, negligencia o violencia doméstica
 - Prevención o reducción de una amenaza seria a la salud o a la seguridad de cualquier persona

Para trabajos de investigación

- Podemos usar o compartir su información para trabajos de investigación médica.

Para cumplir con lo

- Compartiremos su información según lo requieran las leyes estatales o federales,



que estipule la ley	incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si estos desean determinar si estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.
Para responder a solicitudes de donación de órganos/tejidos y para colaborar con ciertos profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información con organizaciones de donación de órganos.• Podemos compartir su información con un médico forense o director de una funeraria.
Atender casos de compensación al trabajador, aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno	<ul style="list-style-type: none">• Podemos usar o compartir su información de salud para casos como:<ul style="list-style-type: none">- Reclamos sobre compensación al trabajador- Aplicación de la ley o para colaborar con las autoridades- Apoyo para agencias de supervisión de asuntos médicos para actividades autorizadas por ley- Colaboración para funciones especiales del gobierno, como servicios del ejército, seguridad nacional y protección presidencial o colaboración con prisiones en relación con los reos
Responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información de salud para responder a órdenes administrativas o judiciales o para responder a citatorios.
Cierta información de salud	<ul style="list-style-type: none">• Es posible que las leyes estatales proporcionen protección adicional para algunas enfermedades o información de salud en específico. Por ejemplo, estas leyes pudieran prohibirnos que, sin autorización previa de usted, divulguemos o usemos información en relación con casos de VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol u otras sustancias adictivas e información genética. En estas situaciones seguiremos lo estipulado por las leyes estatales.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES. Nuestras responsabilidades en relación con su información.

- Por ley, tenemos la obligación de salvaguardar la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le notificaremos lo antes posible si ocurriese un evento, tal como un robo de información, que comprometiera la privacidad o la seguridad de su información.
- Tenemos la obligación de seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle a usted una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna forma que no esté descrita aquí, a menos que usted nos lo permita por escrito.

Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Puede consultar más información en:

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



AVISO ESTATAL SOBRE PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD:
Vigente desde el 23 de septiembre del 2013

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) recopila información personal de carácter privado de su solicitud de un plan de cobertura médica, reclamos médicos, información de pagos y agencias de informes sobre el consumidor. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

- **No divulgará** dicha información, aun y cuando la relación comercial entre usted y nosotros termine, a ninguna entidad no afiliada, excepto que sea con consentimiento suyo o según lo permita la ley.
- **Restringirá** el acceso a dicha información y únicamente tendrán acceso los empleados que realicen funciones que sean necesarias para administrar nuestra empresa y que proporcionen servicios a nuestros clientes.
- **Aplicará** las prácticas referentes a la seguridad y privacidad, que incluye protección física, técnica y administrativa para evitar acceso no autorizado a dicha información.
- **Usará** únicamente dicha información para administrar su plan de cobertura médica, procesar sus reclamos, asegurarse de que las facturas sean correctas, proporcionarle servicio al cliente y cumplir con la ley.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico tiene permitido compartir dicha información con algunas entidades que realizan funciones o servicios en nuestro nombre o cuando la ley lo requiera. Estas son algunas de las entidades con las que podemos compartir su información:

- Afiliados a la compañía
- Socios comerciales que proporcionen servicios en nuestro nombre (administración y coordinación de reclamos, mercadotecnia, apoyo clínico)
- Agentes o corredores de seguros, firmas de servicios financieros, operadores de seguros para la reducción de pérdidas (*stop-loss carriers*)
- Agencias reguladoras, otras entidades gubernamentales y las autoridades
- El Plan grupal de cobertura médica de su empleador

Usted tiene el derecho de preguntarnos acerca de su información financiera de carácter privado que tengamos y a solicitarnos acceder a ella.

MODIFICACIONES A ESTOS AVISOS

Tenemos derecho a modificar los términos de estos avisos y las modificaciones que hagamos serán válidas para toda la información que tengamos de usted. Los avisos nuevos estarán disponibles de ser solicitados o por medio de nuestro sitio web. Conforme a la ley, también le enviaremos una copia de los avisos nuevos por medio de correo postal.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS

Si desea obtener información general acerca de sus derechos de privacidad o si desea una copia de estos avisos, por favor visite: espanol.bcbsnm.com/important-info/hipaa

Si usted tiene alguna pregunta en específico acerca de sus derechos o acerca de estos avisos, por favor comuníquese con nosotros por alguno de los siguientes medios:

- Llámenos sin costo al número que aparece en su tarjeta de asegurado.
 - Llámenos al 1-877-361-7594.
 - Escribanos a Privacy Office Divisional Vice President
Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
P.O. Box 804836
Chicago, IL 60680-4110
-



BlueCross BlueShield of New Mexico

Si usted o la persona a la que usted está ayudando tienen alguna pregunta, ustedes tienen el derecho de recibir ayuda e información en su idioma gratuitamente. Si desea recibir los servicios de un intérprete, por favor llame al número de servicio al cliente que aparece en su tarjeta de asegurado. Si usted no es un asegurado o si no tiene una tarjeta, por favor llame al 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فذلك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضواً، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل على 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il servizio clienti al numero riportato sul lato posteriore della tua tessera di socio. Se non sei socio o non possiedi una tessera, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、メンバーカードの裏のカスタマーサービス番号までお電話ください。メンバーでない場合またはカードをお持ちでない場合は 855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éi doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkídgo, ts'ídá bee ná ahóóti'í t'áá níik'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'í'í hadeesdzih nínízingo éi kwe'é da'íníishgi áká anidaalwo'ígíí bich'í'í hodíílnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éi doodago bee nééhózingíí ádingo kojí'í hodíílnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، یا خدمات مشتری به شماره ای که در پشت کارت عضویت شما درج شده است تماس بگیرید. اگر عضو نیستید، یا کارت عضویت ندارید، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulongan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984.
ไทย Thai	หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีข้อสงสัยใด ๆ คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือ และข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย พูดคุยกับสาม โดยติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าที่หมายเลขตามที่ระบุด้านหลังบัตรสมาชิก หากไม่ใช่สมาชิกหรือไม่มีบัตร กรุณาติดต่อที่หมายเลข 855-710-6984
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.



Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

BCBSNM provee servicios TDD/TTY para los asegurados que llamen y que tengan dificultades de audición, sordera y del habla, además de ayuda en varios idiomas. Los asegurados pueden usar su máquina de teletipo (TeleTYpewriter, TTY) o su aparato para telecomunicaciones (TDD) para acceder a una operadora de teletipo al 1-800-659-8331.