

UNITE HERE Local 25 and Hotel Association of Washington, D.C. Health and Welfare Fund

911 Ridgebrook Road
Sparks, Maryland 21152-9451
Telephone: (410) 683-6500
(800) 638-2972
www.associated-admin.com

8400 Corporate Drive, Suite 430
Landover, Maryland 20785-2361
Telephone: (301) 459-3020
(800) 638-2972
www.associated-admin.com

AVISO DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SU PLAN

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR DICHA INFORMACION. POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CON CUIDADO.

EL COMPROMISO DEL PLAN A LA CONFIDENCIALIDAD

The Hoteal and Restaurant Employees Local 25 and Employers Healh and Welfare Fund (El Fondos”) está comprometido a proteger la privacidad de la información de su salud (“health information”). Health information es la información que le identifica a Ud. y que está relacionada con su salud física o mental, o a la provisión o remuneración de los servicios relacionados con su salud. Según la ley que corresponda, como se describirán en este documento, usted tiene ciertos derechos relacionados con la información de su salud.

La intención del presente aviso es de informarle. de las obligaciones legales que tiene el “Plan” bajo las provisiones del acto federal de la confidencialidad que se encuentran en the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”) y sus reglas (“federal health privacy law”):

- Para mantener la privacidad de la información de su salud;
- Para proporcionarle este Aviso describiendo sus obligaciones legales relacionadas con la privacidad de la información de su salud.; y
- Para cumplir con los terminos de este Aviso.

Este Aviso también le explica como el Plan utiliza y revela la información de su salud y le explica sus derechos relacionados con la información mantenida por el Plan. En este Aviso, “**usted** y **su**” se refieren a los participantes y dependientes que son elegibles para los beneficios del Plan.

AVISO: Este aviso no aplica a las opciones de seguro médico, dental, y de visión. Usted debe haber recibido un aviso de privacidad para su seguro médico, dental, y de la vista por parte de su compañía de seguros.

INFORMACION PERTINENTE A ESTE AVISO

El Plan recoge y mantiene cierta información de su salud para proveerle los beneficios de salud, además de cumplir con los requisitos reglamentarios legales. El Plan obtiene dicha información de su salud de las solicitudes y otros formularios que usted ha llenado, de conversaciones entre usted y el personal administrativo y el personal de salubridad y de los reportes e información apropiados al Plan por los proveedores del servicio de salud u otros planes de beneficios para el empleado. Esta es la información cubierta por los requisitos de privacidad descrita en este Aviso. Los datos de su salud incluyen, además de otros, su nombre, dirección, número telefónico, fecha de nacimiento, número de seguro social, e información del empleo y información de las demandas médicas y de salud.

SUMARIO DE LA PRIVACIDAD DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN

Como el Plan utiliza y revela los datos de su salud

El Plan utiliza la información de su salud para determinar si usted es elegible para recibir los beneficios para procesar y pagar sus demandas de los beneficios de salud y para los operativos administrativos. El Plan da a conocer la información de su salud a los aseguradores, los administradores de tercero y al personal médico para tratamiento, pagos y los propósitos de los operativos de salubridad. El Plan también puede dar a conocer su información de salud a los terceros que ayuden al Plan con sus operativos, a las agencias del gobierno, a las agencias de la ejecución de la ley, a los miembros de su familia y a algunas otras personas y entidades. Bajo ciertas circunstancias el Plan solo usará o dará a conocer su información bajo su autorización dada por escrito. En otros casos no se necesita autorización. Los detalles del uso y de la revelación del Plan de la información de su salud están a continuación.

Sus derechos relacionados con la información de su salud

La ley federal de la privacidad de la salud le provee ciertos derechos relacionados con la información de su salud. Específicamente, usted tiene el derecho a:

- Revisar o copiar los datos de su salud;
- Pedir que se modifique la información de su salud;
- Pedir que le explique ciertas revelaciones de la información de su salud;
- Pedir ciertas limitaciones relacionadas con el uso y revelación de la información de su salud;
- Pedir que le mande su información por medio de comunicaciones confidenciales;
- Hacer un reclamo con la Oficina del Plan o con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services) si usted cree que han sido violados sus derechos a la confidencialidad; y
- Recibir una copia impresa (en papel) de este Aviso.

Estos derechos y la manera en que usted puede emplearlos están explicados a continuación.

El plan tiene el derecho de cambiar su sistema de privacidad y modificar este Aviso según los detalles a continuación.

Donde se puede informar

Si tiene preguntas o inquietudes de los detalles de privacidad del Plan o de este Aviso, o si usted desea información adicional sobre los detalles de privacidad del Plan, sírvase ponerse en contacto con:

HIPAA Privacy Officer
Associated Administrators, LLC
911 Ridgebrook Road
Sparks, Maryland 21152-9451
Teléfono: (410) 683-6500

AVISO DETALLADO DE LOS PRINCIPIOS DE PRIVACIDAD DEL PLAN LOS USOS Y REVELACIONES DEL PLAN

La ley estatal puede limitar aun mas los meídos permitidos que el Plan de salud usa o’ divulga en su informacion proésida de la salud. Si la ley applicable del estado impone estricias restricciones en el Plan de salud, el Plan cumplira con la ley estatal.

Los usos y revelaciones para el tratamiento, los pagos y los operativos del cuidado de la salud

- **Para el tratamiento.** El Plan no intenta revelar detalles “del tratamiento,” pero si fuera necesario, el Plan puede hacer revelaciones sin su autorización. Por ejemplo, el Plan puede revelar los datos de su salud al personal médico, como en un hospital o a un médico para ayudarle con su tratamiento.
- **Para los pagos.** El Plan puede usar y revelar sus datos de salud para facilitar las demandas de pago para el tratamiento, los servicios y los abastecimientos que recibe y puede pagar a los proveedores según las condiciones del Plan. Por ejemplo, el plan puede revelar sus datos de inscripción, elegibilidad e información de las demandas con su administrador de tercero, Associated Administrator’s, LLC (“Associated”).
- **Para poder procesar sus demandas.** El Plan puede usar o revelar sus datos de salud a personal médico para avisarles si algunos tratamientos u otros beneficios están cubiertos bajo el Plan. *Associated* también puede revelar sus datos de salud a otros seguros o planes de beneficios para coordinar el pago de sus demandas de tratamiento con otros que puedan ser responsables por ciertos costos. Además, *Associated* puede revelar sus datos de salud a los auditores de cuentas para evaluar los sistemas de cobro de los proveedores de salud y para verificar si el pago de la demanda es apropiada.
- **Para los operativos del cuidado de salud.** El Plan puede usar o revelar sus datos de salud para poder operar con más eficacia y proveerle un mejor servicio a sus participantes. Por ejemplo, el Plan puede revelar sus datos de salud a los actuarios y a los contadores con el fin de planificar o a los abogados quienes prestan servicio legal al Plan.

Usos y revelaciones a los socios

El Plan comparte sus datos de salud con sus “socios,” los cuales son terceros que ayudan al Plan con sus operativos. El Plan revela la información sin su autorización a sus socios para el tratamiento, los pagos y los operativos del cuidado de la salud. Por ejemplo, el Plan comparte sus datos de salud con Associated para procesar sus demandas. El Plan puede revelar sus datos con los auditores, los actuarios, los contadores y los abogados como antes mencionamos. Además, si usted tiene preguntas relacionadas con una demanda y no es participante de habla inglesa, el Plan puede revelar sus datos a un traductor y Associated puede dar los nombres y direcciones a un servicio informativo.

El Plan participa en acuerdos con sus socios para garantizar la confidencialidad de la información de su salud. Además, Associated contrata a los subcontratistas que emplea para garantizar que la información de su salud esté protegida.

Los usos y revelaciones al patrocinador del Plan

El Plan puede revelar sus datos de salud sin su autorización al patrocinador del Plan, o sea, El Consejo Fideicomisario del Plan. Esto sería para los propósitos administrativos, tal como funciones de garantía de calidad y la evaluación de las provisiones de fondos. También, el Plan puede revelar sus datos de salud al patrocinador del Plan con el fin de escuchar y decidir sobre sus apelaciones de demandas. Antes de que cualquier dato esté revelado al Patrocinador del Plan, el mismo certificará al Plan que protegerá su información de salud y que ha cambiado los documentos del Plan demostrando así su compromiso de proteger la privacidad de la información de su salud.

Otros usos y revelaciones que podrían utilizar sin su autorización

A continuación hay ejemplos de usos o revelaciones específicos de su información de salud que son suministrados por la ley federal de privacidad que el Plan puede usar sin su autorización.

- **Requerido por ley.** La información de su salud puede ser utilizada o revelada según el requerimiento de la ley. Por ejemplo sus datos pueden ser revelados por los siguientes propósitos:
 - Para procedimientos jurídicos o administrativos conforme al orden judicial o administrativo, orden de proceso legal y poder legítimo.
 - Para reportar información relacionada con las víctimas del abuso, la negligencia o la violencia doméstica.
 - Para prestar ayuda a los oficiales de la ejecución de la ley en sus deberes con la ejecución de la ley.
- **La salud y la seguridad.** La información de su salud puede ser revelada para prevenir una amenaza seria de su salud o la seguridad de usted o de cualquier otra persona. También podrían revelar sus datos de salud para las actividades como la prevención o para el control de las enfermedades, lesiones o incapacidad para cumplir con los requisitos de reportes y estadísticas para las agencias gubernamentales como The Food and Drug Administration.

Funciones gubernamentales. El Plan puede revelar sus datos de salud al gobierno para funciones gubernamentales como el servicio de inteligencia, las actividades de la seguridad nacional, las actividades de acreditación de seguridad, y la protección de los oficiales públicos. Sus datos también pueden ser revelados a las agencias de supervisión (oversight) para auditorías, investigaciones, licenciamiento y otras actividades de equivocaciones.

Miembros del servicio activo y los veteranos. Su información de salud puede ser usada o revelada para cumplir con las leyes y reglamentos relacionados con el servicio militar o los asuntos de los veteranos.

Indemnización obrera. Su información de salud puede ser usada o revelada para cumplir con las leyes y requisitos relacionados con la Indemnización Obrera (Workers' Compensation).

Situaciones de emergencia. Su información de salud puede ser usada o revelada a un miembro de su familia o a un amigo íntimo relacionado con su cuidado en caso de emergencia o a una entidad relacionada con el socorro en caso de un desastre.

Otros relacionados con su cuidado. Bajo circunstancias limitadas sus datos de salud pueden ser usados o revelados a un miembro de su familia, a un amigo íntimo o a otros quienes el Plan haya verificado como involucrados directamente en su cuidado. Por ejemplo, si usted ha sido seriamente herido y no está en condiciones para discutir su caso con el Plan). También, bajo petición, *Associated* puede avisar a un miembro de su familia o a un amigo íntimo sobre su

condición general, su ubicación (tal como un hospital) o su fallecimiento. Si no desea que compartan esta información usted puede pedir que esta información sea restringida como explicaremos más adelante en el presente Aviso.

Representantes personales. Su información puede ser revelada a individuos con derechos legales de obrar en su nombre. Ejemplos de representantes personales son padres de menores no emancipados y los con poder notarial para adultos.

Información relacionada con la salud y los beneficios. El Plan y sus socios, incluyendo Associated, pueden ponerse en contacto con usted para pedir información acerca de los tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con su salud y los servicios que puedan ser de interés para usted (por ejemplo, tratamiento alternativo, servicios y medicamentos).

Investigación. Bajo ciertas circunstancias su información de salud puede ser usada o revelada para la investigación siempre y cuando sigan los procedimientos requeridos por la ley para proteger la privacidad de la información investigada.

Donación de órganos humanos, ojos y tejidos. Si usted es donador de órganos humanos, pueden usar o revelar la información de su salud a un recipiente del órgano o a una organización de aprovisionamiento para facilitar la donación de un órgano, tejido o trasplante.

Individuos fallecidos. La información de un individuo fallecido puede ser revelada al pesquisidor (juez de instrucción) y al director del funeraria para que cumplan con sus deberes.

Usos y revelaciones para la recaudación de fondos y los propósitos de distribución. El Plan y sus socios, incluyendo Associated no usan la información de su salud ni para la recaudación de fondos ni para los propósitos de distribución.

Cualquier uso o revelación adicional de la información de su salud requiere su explícita autorización.

Los usos y revelaciones de la información de su salud **aparte de** los descrito anteriormente solo serán hechos con su explícita autorización por escrito. Usted puede revocar por escrito su autorización para usar o revelar la información de su salud. Si usted la revocara, el Plan no usará o revelará la información de su salud como está autorizada por la autorización revocada, excepto hasta el punto en que el Plan ha confiado en su autorización. Una vez que su información haya sido revelada según su autorización, la ley federal de la protección de la privacidad (the federal privacy law protections) posiblemente ya no sea aplicable a la información revelada y esa información pueda ser revelada de nuevo por el receptor sin su conocimiento o autorización.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACION DE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de su salud que el Plan crea, recoge y mantiene. Si usted tiene que escribir una petición relacionada a estos derechos, como está descrito a continuación, debe mandarla a la siguiente dirección:

HIPPA Privacy Officer
Associated Administrators, LLC
911 Ridgebrook Road
Sparks, Maryland 21152-9451
Tel: (410) 683-6500

Su derecho para examinar y copiar la información de su salud

Usted tiene el derecho de examinar y obtener una copia del documento de su salud. Su documento de salud incluye, dentro de otras cosas, información de su elegibilidad dentro del plan, la cobertura del plan, los documentos de las demandas, y los documentos de las cuentas.

Para examinar y copiar los documentos de su salud, envíe una petición por escrito al Oficial de Privacidad del HIPAA (HIPAA Privacy Officer). Al recibir su petición el Plan le mandará un Reporte de Demandas (a Claims History Report). Esto es un sumario de la historia de las demandas hechas en los últimos dos años. Si usted ha sido elegible para los beneficios por menos de dos años, el Reporte de Demandas cubrirá el período completo de su cobertura.

En vez de recibir un Reporte de Demandas y si usted desea examinar y/o obtener una copia de algunas partes o copias de todas sus demandas completas, incluyendo la información de sus demandas verdaderas y el formulario de su elegibilidad e inscripción que no está limitado a un período de dos años, expréselo en su petición por escrito y se lo concederá. Si usted pide una copia del documento completo de su salud o una porción del documento, el Plan le cobrará una cuota de \$0.25 (veinticinco *cents*) por cada página copiada para cubrir dicho costo y enviarle la contestación de su petición.

En ciertas limitadas circunstancias, el Plan puede negar su petición para examinar y copiar los datos de su salud. Si esto ocurre, le informará por escrito. En ciertas instancias, si le niegan acceso a los datos de su salud, usted puede pedir que re-examinen el rechazo de su petición.

El derecho de pedir que modifiquen la información de su salud

Usted tiene el derecho de pedir que modifiquen la información de su salud si cree que los datos son incorrectos o incompletos.

Para pedir una modificación, presente una petición detallada por escrito al Oficial de privacidad del HIPAA. Esta petición debe incluir la(s) razón(es) que apoya(n) su petición. El Plan puede negar su petición si no está por escrito, no incluye una razón que sustente la petición o si usted ha pedido cambiar información que: No fue creada por el Plan o para el Plan, a menos que usted proporcione información que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la modificación; No es parte de la información mantenida por el Plan o para el Plan; No es parte de la información que le permitiría revisar o copiar; o Es correcto y completo.

El Plan le avisará por escrito si su petición para una rectificación está aceptada o negada. Si el Plan niega su petición le explicará a usted como continuar el procedimiento de la modificación negada.

El derecho de una explicación de cuentas de las revelaciones

Usted tiene el derecho de recibir una explicación por escrito de cuentas de las revelaciones. La explicación consta de una lista realizada por el Plan de revelaciones de la información de su salud, incluyendo revelaciones por *Associated* a otros con la excepción de tratamiento, pagos u operativos de cuidado de salud, revelaciones hechas para usted o autorizadas por usted, y otras que no son parte de la revelación. La revelación cubre hasta los seis años antes de la fecha de su petición, excepto de acuerdo con la ley aplicable, la revelación no incluirá revelaciones hechas antes de el 14 de abril del 2003. Si usted desea una revelación que cubre un período de menos de seis años, sírvase indicarlo en su petición por escrito pidiendo una revelación.

Para pedir una explicación de cuentas de revelaciones, envíe una petición por escrito al Oficial de Privacidad del HIPAA. La primera petición dentro de un período de 12 meses será sin costo alguno. Para informes adicionales dentro de un período de doce meses le cobrarán la cantidad del costo para preparar el reporte. Sin embargo, *Associated* le informará del costo antes de procesar el mismo para que usted pueda decidir si desea retirar su petición antes de incurrir cualquier costo.

El derecho de pedir limitaciones

Usted tiene el derecho de pedir limitaciones de su información que el Plan usa o revela para proveer tratamiento, pago u operativos de salud. También usted tiene el derecho de pedir limitaciones de la información que comparte *Associated* con alguien involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un pariente o un amigo. El Plan no está obligado a aceptar su petición para tales restricciones, y el Plan puede terminar su convenio con las restricciones que usted pidió.

Para pedir limitaciones, envíe una petición por escrito al Oficial de Privacidad del HIPAA que explique cual información usted desea limitar y como son las limitaciones y/o con quien le gustaría limitarlas.

Su derecho de pedir comunicaciones confidenciales o comunicaciones por métodos alternativos o en un lugar alternativo

Usted tiene el derecho de pedir que se le comunique la información de su salud en forma confidencial de una manera alternativa o en un lugar alternativo. Por ejemplo, usted puede pedir que se comuniquen solamente a su trabajo o por correo o que puede obtener la información de su salud en un designado lugar.

Para pedir las comunicaciones de maneras alternativas o en un designado lugar, envíe una petición por escrito al Oficial de Privacidad del HIPAA. Su petición debe incluir su razón de la petición y el método alternativo o el lugar designado donde desea recibir la información de su salud. Si es apropiado, su pedido debe decir que la revelación de todo o parte de la información por comunicación no confidencial podría ponerle en peligro. Se concederá en la medida de lo posible las peticiones razonables y usted será notificado apropiadamente.

Su derecho de quejarse

Usted tiene el derecho de quejarse al Plan y al Departamento de Salubridad y Servicios Humanos si cree que sus derechos a la privacidad han sido violados. Para registrar una queja con el Plan, envíe su queja por escrito al Oficial de Privacidad del HIPAA a la dirección previamente dada.

No se tomarán represalias ni discriminación contra usted y no se le quitará ningún servicio, pago o privilegio porque usted ha registrado una queja con el Plan o con el Departamento de Salubridad y Servicios Humanos.

CAMBIOS EN LAS REGLAS DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PLAN

El Plan se reserva el derecho de cambiar sus reglas de la privacidad y hacerlas efectivas para toda la información protegida que mantiene, incluyendo la información protegida de salud que creó o recibió antes de la fecha efectiva del cambio y la información protegida de salud que pueda recibir en el futuro. Si el plan cambia materialmente cualquiera de sus reglas de privacidad, revisará su Aviso y le proveerá con el Aviso revisado ya sea via U.S. mail (correo) o por *email* (correspondencia electrónica) en un plazo de 60 días a partir de su revisión. Además, copias del Aviso revisado estarán a su disposición si usted lo solicitara por escrito y estarán puesto a la vista para su revisión cerca de la entrada principal de las oficinas de *Associated* en Sparks, Maryland y Landover, Maryland. Así mismo, cualquier revisión estará a su disposición en la website, www.Associated-Admin.com.

FECHA EFECTIVA

Este aviso entra en efecto a partir del 14 de abril del 2004 y permanecerá en efecto a menos que y hasta que el Plan publique un Aviso revisado.