

<b>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</b>	
<b>N.º de la política y TÍTULO:</b> HPA16: <i>Gestión del Aviso de prácticas de privacidad y la Declaración de privacidad</i>	
<b>Responsable primario de la política:</b> Cumplimiento	<b>N.º DE POLÍTICA:</b> HPA16
<b>Responsable afectado o secundario de la política:</b> Marque los departamentos a cargo del cumplimiento de la política o los procedimientos descritos (puede ser de manera total o parcial).	
1) <input checked="" type="checkbox"/> Todos los departamentos 2) <input type="checkbox"/> Salud del Comportamiento 3) <input type="checkbox"/> Administración de Beneficios 4) <input type="checkbox"/> Manejo del Cuidado 5) <input type="checkbox"/> Reclamos 6) <input type="checkbox"/> Mercado de la Comunidad y Participación de los Miembros 7) <input type="checkbox"/> Cumplimiento 8) <input type="checkbox"/> Configuración 9) <input type="checkbox"/> Contratación de Proveedores 10) <input type="checkbox"/> Cultura y Lingüística 11) <input type="checkbox"/> Servicio al Cliente	12) <input type="checkbox"/> Centros 13) <input type="checkbox"/> Finanzas 14) <input type="checkbox"/> Mejora de la Calidad y Equidad en Salud 15) <input type="checkbox"/> Recursos Humanos 16) <input type="checkbox"/> Tecnología de la Información/ Sistemas Principales 17) <input type="checkbox"/> Farmacia 18) <input type="checkbox"/> Redes de Proveedores 19) <input type="checkbox"/> Gestión de Calidad 20) <input type="checkbox"/> Administración de Utilización
<b>TIPO DE PRODUCTO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Medi-Cal	<b>Reemplaza a la política n.º:</b> N.º y título de política

## I. PROPÓSITO

Describir la gestión del *Aviso de prácticas de privacidad (NPP)* y la *Declaración de privacidad* de Health Plan of San Joaquin and Mountain Valley Health Plan (“Plan de Salud”).

## II. POLÍTICA

El Plan de Salud crea y mantiene con regularidad el *Aviso de prácticas de privacidad* y la *Declaración de privacidad*, y los pone a disposición

de los miembros del Plan de Salud y el público general de conformidad con todas las leyes y regulaciones aplicables estatales y federales.

- A. El Plan de Salud mantiene un *Aviso de prácticas de privacidad* y una *Declaración de privacidad* conforme a todas las leyes estatales y federales aplicables y de acuerdo con las reglas de privacidad y seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996.<sup>1</sup>
- B. Los miembros reciben un *Aviso de prácticas de privacidad* que describe la forma en la que el Plan de Salud y cualquier tercero puede usar y divulgar su información de salud protegida (PHI), sus derechos con respecto a la PHI y las obligaciones legales del Plan de Salud conforme a las regulaciones de la ley HIPAA y cualquier otra regulación aplicable.
- C. La *Declaración de privacidad* y el *Aviso de prácticas de privacidad* del Plan de Salud están disponibles en línea y son de consulta pública.
- D. El Plan de Salud distribuye y pone a disposición de forma oportuna las revisiones hechas en la *Declaración de privacidad* y el *Aviso de prácticas de privacidad*.
- E. Salvo cuando lo requiere la ley, un cambio importante en cualquier término del *Aviso de prácticas de privacidad* no se podrá implementar antes de la fecha de entrada en vigor del aviso en que se ve reflejado dicho cambio. Además, los materiales del *Aviso de prácticas de privacidad* se publican en el sitio web y se envían por correo electrónico a los miembros antes de la fecha de entrada en vigencia.
- F. El *Aviso de prácticas de privacidad* y la *Declaración de privacidad* se revisan y actualizan al menos una vez al año o cuando es necesario realizar algún cambio reglamentario aplicable.
- G. El *Aviso de prácticas de privacidad* se redacta en un lenguaje simple e incorpora los estándares culturales y lingüísticos establecidos por las leyes y regulaciones aplicables.

---

<sup>1</sup> Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR): *Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996*

- H. Los miembros pueden presentar una queja al Plan de Salud y al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si creen que se han violado sus derechos de privacidad. Para ello, deben usar el procedimiento de quejas formales del miembro del Plan de Salud y una declaración que indique que no habrá represalias en contra del miembro por presentar una queja.
- I. La Unidad de Integridad de los Programas (PIU) revisa el *Aviso de prácticas de privacidad*, la *Declaración de privacidad* y esta política todos los años para identificar las correcciones que podrían ser necesarias. El Consejo de Supervisión de la Privacidad y la Seguridad (PSOC) y el Comité de Revisión de Políticas (PRC) aprueban todas las modificaciones de estos documentos.
- J. Si es necesario, se realizan modificaciones específicas o excepcionales del *Aviso de prácticas de privacidad* y de la *Declaración de privacidad*. El PSOC y el PRC aprueban todas las modificaciones de estos documentos.
- K. El director ejecutivo de cumplimiento o quien este designe es responsable de revisar esta política al menos una vez por año y modificarla según sea necesario, garantizando el control de las versiones y el cumplimiento de las leyes y requisitos contractuales aplicables.

### III. PROCEDIMIENTO

- A. El *Aviso de prácticas de privacidad* se envía por correo postal a todos los miembros nuevos en un plazo de 30 días y, luego, al menos una vez cada tres (3) años.<sup>2</sup>
- B. El *Aviso de prácticas de privacidad* y la *Declaración de privacidad* se publican en el sitio web público del Plan de Salud (<https://www.hpsj.com>).
- C. El *Aviso de prácticas de privacidad* también se incluye en la *Evidencia de Cobertura (EOC)* y en otros documentos informativos para los miembros, de conformidad con los programas y requerimientos reglamentarios.

---

<sup>2</sup> Sección 164.520(a) del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR): *Aviso de prácticas de privacidad*

D. El jefe de cumplimiento (CCO) es responsable de certificar esta política, junto con todo formulario y otra documentación creada u obtenida conforme a la política CMP02: *Registros y retención*.<sup>3</sup>

**IV. DOCUMENTOS ADJUNTOS**

- a. Enlace al glosario
- b. *Aviso de prácticas de privacidad* del Plan de Salud (adjunto)

---

<sup>3</sup> Política CMP02: *Registros y retención*

## Aviso de prácticas de privacidad



En este aviso, se describe cómo puede usarse y divulgarse su información de salud y personal, incluida la información sobre su raza o etnia, idioma, identidad de género y orientación sexual. Además, se indica cómo puede acceder a dicha información. **Revíselo con atención.**

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

<p><b>Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos, y otra información de salud suya que tengamos. Consúltenos cómo hacer esto.</li> <li>• Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamos, por lo general, dentro de los 30 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en los costos.</li> </ul>
<p><b>Pedir que corrijamos los registros de salud y de reclamos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir que corrijamos sus registros de salud y de reclamos si cree que no son correctos o que están incompletos.</li> <li>• Consúltenos cómo hacer esto. Podríamos rechazar su solicitud; sin embargo, le diremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.</li> </ul>
<p><b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma específica (por ejemplo: a su teléfono particular o laboral) o por correo a una dirección distinta.</li> <li>• Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y debemos aceptarlas si nos indica que puede estar en peligro debido a nuestro rechazo.</li> <li>• Procesaremos todos los cambios en las comunicaciones confidenciales que usted pida dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que se reciba la solicitud a través de un medio electrónico o telefónico, y dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en que se reciba la solicitud a través de un correo de primera clase. Le enviaremos una carta que acuse recibo de su solicitud.</li> <li>• Si usted es una persona mayor con una discapacidad (SPD) y tiene una incapacidad física o mental, no necesita rellenar un formulario de autorización.</li> </ul>
<p><b>Pedir que limitemos la información personal que usamos o compartimos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir que <b>no</b> usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.</li> <li>• No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y es posible que la rechacemos si afecta su atención.</li> </ul>

<p><b>Obtener una lista de todos aquellos con los que hemos compartido información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir una lista (descripción) de las veces en las que hemos compartido sus datos de salud durante los seis años previos a la fecha en la que usted lo pide, a quién se la hemos enviado y por qué.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de cuidado médico, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido hacer). Brindaremos una descripción anual gratis, pero cobraremos una tarifa razonable que se base en los costos si pide otra dentro de los 12 meses posteriores.</li> </ul>
<p><b>Obtener una copia de este aviso de privacidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si había acordado recibirlo por vía electrónica. Le enviaremos una copia impresa a la brevedad.</li> </ul>
<p><b>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le ha dado a alguien un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.</li> <li>• Nos cercioraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos medidas.</li> </ul>
<p><b>Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede quejarse si cree que se han violado sus derechos. Contáctenos a través de los datos que figuran en la última página.</li> <li>• Puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Washington, DC 20201) llamando al 1-877-696-6755 o visitando <a href="http://www.hhs.gov/orc/privacy/hipaa/complaints">www.hhs.gov/orc/privacy/hipaa/complaints</a>.</li> <li>• No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.</li> </ul>
<p><b>Solicitar que su información de salud se envíe a una aplicación de su elección</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las normas de interoperabilidad nos exigen proporcionar hasta cinco años de determinada información de salud cuando usted nos la solicita directamente o a través de una aplicación de terceros.</li> <li>• Cuando lo solicite a través de una aplicación de terceros, el Plan de Salud se reserva el derecho de aprobar dicha aplicación en función del análisis de seguridad.</li> <li>• Puede hacernos esta solicitud directamente accediendo al formulario de solicitud de acceso a la información de salud en línea (<a href="http://hpsj.com">hpsj.com</a>), solicitándolo por teléfono con un representante del Servicio al Cliente o en persona sin cita previa.</li> <li>• Debe completar todo el formulario y enviarlo por correo postal o llevarlo a la oficina del Plan de Salud en 7751 South Manthey Road. French Camp. CA 95231. También puede enviar el formulario por fax al (209) 461-2550 o enviarlo al Plan de Salud a través de un correo electrónico seguro.</li> <li>• No somos responsables de la aplicación de terceros que elija ni de la información que transmita a dicha aplicación a petición suya.</li> </ul>

## Sus opciones

Si tiene una preferencia clara respecto de la manera en la que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, avísenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos lo siguiente:**

- Compartir su información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas que tengan relación con el pago del cuidado médico.

Compartir información en caso de catástrofe. Si no puede comunicarnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

**En los siguientes casos, nunca compartimos su información, salvo que usted nos autorice por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

**Tampoco utilizaremos su información de las siguientes formas:**

- Utilizar la raza o etnia, el idioma, la identidad de género o la orientación sexual para tomar decisiones de suscripción, denegación de cobertura o exigirle que renuncie a sus derechos de inscripción o cobertura del Plan de Salud.
- Divulgar su información médica o personal sobre servicios de aborto si la solicitud procede de otro estado, aunque se trate de una citación judicial. Usted está bajo la protección de la Ley de Privacidad Reproductiva de California.
- Divulgar información médica o personal de menores que reciben cuidado médico o mental con perspectiva de género en respuesta a cualquier citación civil, extranjera o acción fuera del estado. Divulgar información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (TUS) en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo contra un miembro, sin el consentimiento de este o sin una orden judicial.
- Compartir su información sobre servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, infecciones y enfermedades de transmisión sexual y violencia de pareja sin su autorización expresa por escrito, excepto para tratamiento, pago y operaciones.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

### **¿Cómo usamos o compartimos su información de salud en general?**

En general, usamos o compartimos su información de salud para lo siguiente:

<p><b>Ayudar a controlar el tratamiento de cuidado de salud que usted recibe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.</li> </ul>	<p><b>Por ejemplo:</b> Un doctor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento a fin de que podamos organizar servicios adicionales.</p>
--	---	---

<b>Dirigir nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y contactarlo cuando se requiera.</li> <li>No estamos autorizados a usar su información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio que esta tendrá. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.</li> </ul>	<p><b>Por ejemplo:</b> Usamos su información de salud a fin de desarrollar mejores servicios para usted.</p>
<b>Pagar sus servicios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos sus servicios.</li> </ul>	<p><b>Por ejemplo:</b> Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago del cuidado dental.</p>
<b>Administrar su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan con fines de administración.</li> </ul>	<p><b>Por ejemplo:</b> Su compañía celebra un contrato con nosotros para que brindemos un plan de salud. Nosotros le brindamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas de seguro que cobramos.</p>

**¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas. Por lo general, para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines.

Para obtener más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

<b>Ayudar a la salud pública y ante problemas de seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir sus datos de salud para ciertas situaciones, como las siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenir enfermedades.</li> <li>Ayudar en el retiro de productos.</li> <li>Informar reacciones adversas de los medicamentos.</li> <li>Denunciar una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.</li> <li>Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Investigar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar o divulgar su información para las investigaciones de salud.</li> </ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debemos compartir su información si el estado o las leyes federales así lo requieren. Incluso el Departamento de Salud y Servicios Humanos puede pedirla para comprobar que cumplimos las leyes de privacidad federales.</li> </ul>

<b>Responder ante las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud con organizaciones dedicadas a obtener órganos.</li> <li>• También podemos compartir su información de salud con un médico o perito forense, o el director de una funeraria cuando alguien fallece.</li> </ul>
<b>Abordar la indemnización a los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno</b>	<p>Podemos usar o compartir su información de salud en estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los reclamos de indemnización a los trabajadores</li> <li>• Con el fin de cumplir con la ley o con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley</li> <li>• Con las agencias de supervisión de salud para las actividades que autoriza la ley</li> <li>• Para las funciones de gobierno especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección al presidente</li> </ul>
<b>Responder ante juicios y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación legal.</li> </ul>

## Nuestras responsabilidades

- Se nos exige por ley mantener la privacidad y la seguridad de su información personal y de salud protegida.
- Le diremos de inmediato si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No vamos a usar ni compartir su información de ninguna otra manera que las descritas en el presente documento, salvo que usted nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html).

### Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso. Estos cambios se aplicarán a todos los datos que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita en nuestro sitio web. Le enviaremos una copia.

**Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a lo siguiente:**

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan, 7751 South Manthey Road.  
French Camp, CA 95231

Contacte a nuestro Departamento de Cumplimiento si tiene preguntas o inquietudes sobre su privacidad. Escriba a [piu@lipsi.com](mailto:piu@lipsi.com), llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, o visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Para obtener más información**

Póngase en contacto con nosotros para solicitar una copia de este aviso en otros idiomas o para obtener una copia en otro formato, como letra grande o braille.

La fecha de entrada en vigor de este aviso es el 1.º de diciembre de 2024.

**V. REFERENCIAS**

- A. Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR): *Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996*
- B. Sección 164.520(a) del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR): *Aviso de prácticas de privacidad*
- C. Política HPA07: *Información y mitigación de sospechas de infracciones e incidentes de privacidad y seguridad*
- D. Política HPA09: *Medidas disciplinarias para el personal de HPSJ en caso de violaciones a las reglas de privacidad y seguridad*
- E. Política CMP02: *Registros y retención*
- F. Sección 164.520(b) del título 45 del CFR: *Contenido del aviso*
- G. Sección 164.520(c) del título 45 del CFR: *Cómo proporcionar el aviso*
- H. Sección 164.520(d) del título 45 del CFR: *Aviso conjunto de entidades cubiertas diferentes*
- I. Sección 164.520(e) del título 45 del CFR: *Documentación*
- J. Sección 164.530(j) del título 45 del CFR: *Período de retención*
- K. Sección 1798.29 del Código Civil de California: *Ley de Prácticas de la Información de 1977*
- L. Anexo G del Contrato del DHCS: *Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud*

- M. Anexo A, adjunto 9, sección 14(B)(2) del Contrato del DHCS:  
*Acceso y disponibilidad*
- N. Ley de Tecnología de la Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (ley HITECH)
- O. HPA11: *Cambios en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)*
- P. HPA34: *Uso de la información de salud protegida (PHI), la información que permite identificar personas (PII) y la información confidencial del miembro*

## VI. HISTORIAL DE REVISIÓN

<b>Versión*</b>	<b>Resumen de la revisión</b>	<b>Fecha</b>
000	03/03, 04/05, 03/12, 06/12, 07/12, 09/14, 04/16, 11/16, 06/17, 11/18, 07/20, 04/21, 11/22, 12/22	No disponible.
001	Se cambió la política HPA16 a una nueva plantilla.	06/07/2023
002	Corregida y revisada.	05/02/24
003	Contenido añadido en Servicios Sensibles y para la acreditación del NCQA DEI.	8/15/24
004	Contenido de la política editado.	09/23/24
<b>Fecha de entrada en vigor: 04/01/2003</b>		

## VII. REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL COMITÉ

<b>Nombre del comité</b>	<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>
Comité de Cumplimiento	001	8/17/2023
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Supervisión de Privacidad y Seguridad</li> </ul>	001	6/6/2023
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Integridad del Programa</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Auditorías y Supervisión</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Revisión de Políticas</li> </ul>	001	6/21/2023

Nombre del comité	Versión	Fecha
Comité de Administración de Utilización y Calidad		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Calidad en Operaciones</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Quejas Formales</li> </ul>		

### VIII. APROBACIÓN DE AGENCIAS DE REGULACIÓN

Departamento	Revisor	Versión	Fecha
Departamento de Servicios de Cuidado Médico	Travis Romo	001	5/18/2023
Departamento de Cuidado Médico Controlado			

### IX. FIRMA DE APROBACIÓN\*

Firma	Nombre y cargo	Fecha
	Presidente del Comité de Revisión de Políticas	
	Responsable de la política	
	Ejecutivo del departamento	
	Director ejecutivo	

\* Las firmas se archivan; no estarán en la copia publicada.