

# Clover Health

## Aviso de Prácticas de Privacidad

**Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. Revíselo detenidamente.**

### **Información cubierta por este aviso**

La “información médica”, también conocida como Información de Salud Protegida, es información que lo identifica y que un proveedor de atención médica o un plan de salud creó o recibió. Esta información se relaciona con su salud física o mental, o con su afección, y puede hacer referencia a los servicios de atención médica que usted recibe o al pago de un plan de salud por dichos servicios. La información médica incluye información de identificación individual, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de beneficiario de Medicare e información financiera.

*La información médica se distingue de la información que obtenemos en línea, pero no se vincula a su información médica. Protegemos esa información en conformidad con nuestra Declaración de privacidad en línea [<https://www.cloverhealth.com/en/privacy-policy>] y las leyes federales y estatales de privacidad que se aplican a la información personal no médica.*

### **Razones para utilizar o divulgar su información médica**

Utilizamos y divulgamos su información médica para llevar a cabo actividades relacionadas con su tratamiento médico, lo que incluye la salud preventiva, el control de enfermedades, el manejo de casos, la coordinación de cuidados, el pago por los servicios cubiertos que le brinden los proveedores de atención médica y para realizar nuestras actividades operacionales de atención médica. Por ejemplo, con respecto a los siguientes casos:

### **Actividades relacionadas con su tratamiento médico:**

podemos revelar su información médica a un médico, un hospital, una farmacia, un dentista u otro proveedor de atención médica que le preste servicios, para complementar sus propios registros, enviar información para la seguridad del paciente u otros motivos relacionados con el tratamiento.

**Actividades de pago:** podemos utilizar o divulgar su información médica para adjudicar reclamaciones por pagos, obtener y procesar los pagos de primas de su plan de salud, realizar revisiones de utilización y necesidad médica, coordinar atenciones, determinar la elegibilidad, determinar el cumplimiento del formulario, calcular las cantidades de costo compartido y responder a quejas, apelaciones y solicitudes de revisión externa.

### **Actividades operacionales de atención médica:**

podemos utilizar o divulgar su información médica en el curso de operación de nuestra empresa en el rubro de la salud. Las actividades operacionales incluyen lo siguiente: evaluación y mejora de la calidad; medición del desempeño y evaluación de los resultados; gestión de la utilización; investigación de los servicios de salud; revisión de la competencia de los profesionales de la salud; acreditación por parte de organizaciones independientes; administración de reaseguros y control de pérdidas; aseguramiento de riesgos y calificación; detección e investigación de fraude; administración de programas y pagos farmacéuticos; transferencia de pólizas o contratos desde y hacia otros planes de salud; facilitación de la venta, transferencia, fusión

o consolidación de nuestra empresa con otra entidad; gestión de datos y sistemas de información; obtención de datos de programas de CMS como Blue Button, y servicios al cliente. En algunos casos, utilizamos su información médica en algoritmos para el aprendizaje automático y el análisis de datos con el fin de apoyar estas actividades.

En las actividades operacionales de atención médica, también se incluyen las actividades de aseguramiento de riesgos, pero no utilizamos ningún resultado de pruebas genéticas ni hacemos preguntas con respecto a su historia familiar en nuestras actividades de aseguramiento.

### **Otras razones de divulgación**

#### **También podemos revelar su información médica como apoyo en los siguientes casos:**

**Su atención médica:** a su familia o amigos, si usted no puede comunicarse, como en una emergencia, o a cualquier persona que usted identifique, como en un formulario de "Nombramiento de un representante", si la información es directamente relevante para involucrar a dichas personas en su atención médica o en el pago de ella.

**Investigación:** a los investigadores, siempre que se tomen medidas para proteger su privacidad.

**Socios comerciales:** a entidades que nos proporcionan servicios y nos garantizan que protegerán su información médica.

**Supervisión reglamentaria:** a las agencias gubernamentales para el cumplimiento legal y las actividades de supervisión de la salud.

**Compensación a los trabajadores:** para cumplir con nuestras obligaciones de acuerdo con una ley o un contrato de compensación a los trabajadores.

**Aplicación de la ley:** a las autoridades encargadas de aplicar las leyes gubernamentales y según lo exija la ley.

**Procedimientos legales:** en respuesta a una orden de la corte u orden administrativa, citación, solicitud de presentación de pruebas y otros procesos legales.

**Bienestar público:** a las autoridades apropiadas cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia doméstica, o para evitar una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros.

**Fallecimiento:** a un forense o examinador médico con el propósito de identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o según lo exija la ley, y a los directores de funerarias según sea necesario para cumplir con sus deberes.

**Adquisición de órganos:** para responder a grupos de donación de órganos con el fin de facilitar la donación y el trasplante.

### **Razones no descritas en este aviso**

No utilizaremos ni divulgaremos su información médica por razones que no se encuentren descritas en el presente aviso, a menos que recibamos su autorización por escrito. (Consulte el "Formulario de autorización para compartir información de los miembros" [[www.cloverhealth.com/aor](http://www.cloverhealth.com/aor)]). Por ejemplo, obtendremos su autorización antes de utilizar o divulgar su información médica con fines de marketing; antes de revelar cualquier nota de psicoterapia, o antes de vender su información médica (que no esté relacionada con la venta o transferencia de nuestra empresa).

Si usted nos ha otorgado una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento, aunque tal revocación no se aplicará a las acciones ya tomadas de acuerdo con su autorización. Si tiene preguntas acerca de las autorizaciones, llame al número gratuito de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación.

## Sus derechos legales

### Usted tiene derecho a solicitar lo siguiente:

**Acceso:** puede solicitar una copia de las historias clínicas y otros registros utilizados en la inscripción, el pago, la adjudicación de reclamaciones, la gestión de casos, la gestión médica y otras decisiones (“conjunto de registros designados”). Es posible que le pidamos que haga su solicitud por escrito. Intentaremos proporcionarle estos registros en un formato y una forma electrónicos fácilmente producibles; de lo contrario, se los entregaremos en una copia impresa legible. En algunos casos, es posible que le neguemos la solicitud o le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

**Decisión adversa de aseguramiento:** puede solicitar conocer la causa de la denegación o de la decisión negativa de aseguramiento si rechazamos su solicitud para adquirir un seguro.

**Modificación:** puede solicitar que se corrija o modifique la información de su registro designado. Es posible que le pidamos que realice su solicitud por escrito y que nos indique el motivo de dicha solicitud. Es posible que neguemos la solicitud si nosotros no creamos la información, no conservamos la información o la información está correcta y completa. Si negamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito del rechazo.

**Restricciones:** puede solicitar restricciones en la forma en que utilizamos o divulgamos su información médica en nuestras actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Consideraremos estas solicitudes, aunque es posible que no accedamos a cumplirlas. También puede solicitar la eliminación de una restricción enviada con anterioridad.

**Renunciar a la suscripción a las comunicaciones:** puede solicitar que no le enviemos recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud.

**Informe sobre las divulgaciones:** puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho acerca de usted con fines distintos del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y de otras actividades específicas. Es posible que le pidamos que haga su solicitud por escrito y puede que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo si realiza más de una de estas solicitudes en un período de 12 meses.

**Comunicaciones alternativas:** puede solicitar que las comunicaciones confidenciales con usted se hagan de una manera diferente o en un lugar distinto para evitar una situación que ponga en peligro su vida. Nos acomodaremos a su solicitud si es razonable.

**Aviso:** puede solicitar recibir una copia escrita de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame al número gratuito de Servicios para Miembros que está en su tarjeta de identificación.

Con respecto al ejercicio de cualquiera de estos derechos, usted puede tener la opción de solicitar que la información médica o la PHI protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) se intercambie con aplicaciones y servicios de terceros que usted designe (como un servicio de terceros que utilice una interfaz de programación de aplicaciones). Antes de intercambiar cualquier información de esta manera, primero solicitarán su consentimiento autenticado. El consentimiento otorgará las siguientes facultades:

- identificar la entidad con la que nos autoriza a intercambiar información personal;
- identificar la aplicación o el servicio de terceros con los que intercambiaríamos su información personal;

- identificar los tipos de información que se intercambiarían con la otra entidad o con la aplicación o el servicio de terceros, e
- incluir un enlace a las políticas de privacidad aplicables de la entidad.

En el consentimiento, también se le pedirá que acepte la única responsabilidad por el uso de su información médica por parte de tales servicios de terceros, ya que no respaldamos ni tenemos control sobre cómo estas organizaciones manejarán su información médica después de que se la divulguemos.

**Filtración de datos:** usted también tiene derecho a recibir un aviso en caso de que su información privada no asegurada se utilice o divulgue de manera inadecuada como consecuencia de una filtración de datos. Le notificaremos de manera oportuna, de conformidad con la ley aplicable, si se produce tal filtración de datos.

### **Retención de su información médica**

Mantenemos su información médica y la ponemos a su disposición por un período de hasta 10 años (o más si así lo exige la ley). Su información puede seguir utilizándose para los propósitos descritos en este aviso cuando su membresía se termine o usted no cuente con cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruimos la información mediante procedimientos estrictos para mantener su confidencialidad. Puede enviar una solicitud para eliminar la información especificada, como los datos de Blue Button, en conformidad la ley o política aplicable.

### **Quejas**

Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su información médica. Si cree que hubo una violación de sus derechos

de privacidad, envíe su consulta a nuestro Equipo de Privacidad al correo electrónico [privacy@cloverhealth.com](mailto:privacy@cloverhealth.com), llame al teléfono 1-888-778-1478 (TTY 711) o envíe una carta a la siguiente dirección:

Clover Health  
Attn: HIPAA Privacy Team  
P.O. Box 471  
Jersey City NJ 07303

También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, mediante el envío de una carta a la siguiente dirección:

Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human  
Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

También puede llamar a la línea directa de la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o visitar <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted presenta una queja ante nosotros o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

### **Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad**

Este aviso entró en vigor el 21 de noviembre del 2019. Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley, y aplicar estos cambios a la información personal creada o recibida antes o después del cambio.

Modificaremos este aviso y enviaremos el aviso revisado a nuestros suscriptores de planes cuando realicemos cambios importantes a nuestras prácticas de privacidad.