

Aviso sobre Prácticas de privacidad

Información financiera

AVISO DE PRIVACIDAD EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN FINANCIERA

Nosotros entendemos que la privacidad de su información personal es importante para usted. Nos tomamos muy en serio su privacidad y su confianza en nuestra capacidad de proteger su información privada es muy importante para nosotros. Este aviso describe nuestra política con respecto a la confidencialidad y divulgación de información financiera personal.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, con nuestras afiliadas y con otras personas. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema del cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de patronos o administradores de planes, agencias de información de crédito y del Medical Information Bureau.

¿Qué información recibimos de usted?

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y sus evaluaciones de riesgos de salud.

¿Dónde divulgaremos su información?

Podemos compartir su información con compañías afiliadas y terceros no afiliados, según lo permita la ley. También podemos proporcionar su información a otras instituciones financieras con las que tengamos acuerdos de mercadeo conjunto para proporcionarle ofertas de productos y servicios que sean de su interés o que estén relacionados con la salud.

¿Qué puedo impedir al optar por no permitir divulgaciones?

Al optar por no permitir estas divulgaciones, también puede impedir que nosotros o las compañías afiliadas comercialicemos productos ofrecidos por terceros no afiliados.

Su solicitud de exclusión se aplicará hasta que usted revoque esa solicitud o dé por terminada su afiliación.

¿Cómo solicito una exclusión?

En cualquier momento, puede decirnos que no compartamos su información personal con compañías afiliadas que proporcionen ofertas de productos o servicios de terceros no afiliados. La solicitud de exclusión no prohibirá a nuestras compañías afiliadas comercializar nuestros productos o servicios. Si desea ejercer su opción de exclusión o revocar una solicitud de exclusión anterior, debe proporcionar la siguiente información para procesar su solicitud: su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación del afiliado. Para solicitar o revocar su exclusión, puede utilizar cualquiera de los métodos a continuación:

- Llámenos al 1-866-861-2762
- Envíenos su solicitud de exclusión por escrito a:
Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Cumplimos con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales que se encargan de proteger la información personal y de salud. En aquellas situaciones en las que las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales estén en conflicto, nos regimos por la ley, norma o reglamentación que proporcione mayor protección.

¿Qué pasará si mi información privada se usa o divulga de manera inapropiada?

Usted tiene el derecho de recibir el aviso de que se ha producido un incumplimiento como resultado de divulgación o uso indebido de su información privada de salud protegida. Le notificaremos de manera oportuna en caso de que ocurra tal incumplimiento.

Aviso sobre Prácticas de privacidad (continuación)

Las siguientes empresas afiliadas y subsidiarias también cumplen con nuestras políticas y procedimientos de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
Cariten Insurance Company CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
CompBenefits of Alabama, Inc.
CompBenefits of Georgia, Inc.
DentiCare, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company Health Plans, Inc.
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc., anteriormente conocida como OSF Health Plans, Inc.
Humana Benefit Plan of Texas, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.

Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization
Insurance Corporation
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.

En vigencia a partir de septiembre de 2013

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

• Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:

Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.

• También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios**

Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación (TTY: 711).

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación (TTY: 711).

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on your ID card (**TTY: 711**)... ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que figura en su tarjeta de identificación (**TTY: 711**)... 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員卡上的電話號碼 (**TTY: 711**)... CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị (**TTY: 711**)... 주의 : 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. ID 카드에 적혀 있는 번호로 전화해 주십시오 (**TTY: 711**)... PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numero na nasa iyong ID card (**TTY: 711**)... ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Наберите номер, указанный на вашей карточке-удостоверении (**телефайп: 711**)... ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou kat idantite manm ou (**TTY: 711**)... ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro figurant sur votre carte de membre (**ATS: 711**)... UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Proszę zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej (**TTY: 711**)... ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número presente em seu cartão de identificação (**TTY: 711**)... ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero che appare sulla tessera identificativa (**TTY: 711**)... ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wählen Sie die Nummer, die sich auf Ihrer Versicherungskarte befindet (**TTY: 711**)... 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。お手持ちの ID カードに記載されている電話番号までご連絡ください (**TTY: 711**)...

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره تلفن روی کارت شناسایی تان تماس بگیرید (**TTY: 711**)...

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, námboo ninaaltsoos yézhí, bee nées ho'dółzin bikáá'ígíí bee hółne' (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**).