
PRIVACY PRACTICES NOTICE

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

REVIEW IT CAREFULLY. THE PRIVACY OF YOUR MEDICAL INFORMATION IS IMPORTANT TO US.

Our Legal Duties

BCBS-USVI is firm in its commitment to protect the privacy of your medical information. This notice informs you on our privacy practices and your rights regarding your medical information. We will follow the privacy practices described in this notice while it is in effect.

This notice contains some examples of the types of information we collect and describe the types of uses and disclosures we execute. The examples provided are for illustrative purposes

and shall not be construed as a complete listing of such uses and disclosures.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this notice. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this notice and send an updated notice to our active subscribers.

This privacy notice is effective from September 15, 2014.

Organizations Covered by this Notice

BCBS-USVI

INTERACTIVE SYSTEMS, INC.

SUMMARY OF PRIVACY PRACTICES

Our pledge is to limit to the minimum necessary the information we collect in order to administer your insurance products or benefits. As part of our administrative functions, we may collect your personal, financial or health information from sources such as:

- applications and other documents you have provided to obtain a product or insurance service;
- transactions you make with us or our affiliates;
- consumer credit reporting agencies;
- healthcare providers;
- Government health programs

WE DO NOT USE OR DISCLOSE GENETIC INFORMATION FOR UNDERWRITING PURPOSES.

Uses and Disclosures of Information

We may use and disclose your personal information to our business associates, who provide services on our behalf and contribute in the administration or coordination of your services. We only share the minimum necessary information and require from each of our business associates to sign a written agreement in which they provide satisfactory assurances of compliance with the security and privacy of your health information. If the business associate goes out of business, we will maintain your information secure to provide the services you need.

As part of our administrative functions, we may use or disclose your information, without your authorization, for treatment, payment and healthcare operations, and when authorized or permitted by law. For example:

Treatment: To a physician or other health care provider who provides medical services to you.

Payment: To pay your medical claims, to determine your eligibility for benefits, to coordinate your benefits with other payers, or to collect premiums, and the like.

Health Care Operations: For audits, legal

services, including fraud and abuse, business planning, general administration, and patient safety activities, credentialing, disease management, training of medical or pharmacy students.

We may disclose your medical information to another health plan or to a health care provider subject to federal or local privacy protection laws, as long as the plan or provider has or had a relationship with you.

Affiliated Covered Entities. These companies are subject to the same statutes that require protection for your protected health information.

Your Employer, union or other employee organization: To your employer on whether you are enrolled or disenrolled in the health plan your employer sponsors, and summary health information (aggregated claims history, claims expenses or types of claims experienced by the enrollees in your group health plan) to be used for the administration of the group health plan.

Disaster relief or emergency situations

Government Sponsored Benefits Programs

Public Health and Safety Activities: We may use and disclose your medical information when required or permitted by law for the following activities:

- public health, including to report disease and vital statistics;
- to report child and/or adult abuse or domestic violence;
- healthcare oversight, fraud prevention and compliance;
- in response to court and administrative orders;
- to law enforcement officials or matters of national security;
- scientific research
- as authorized by state worker's compensation laws; and
- as otherwise required by applicable laws and regulations

Health-Related Products and Services: We may use your medical information to inform you about health-related products, benefits and services we provide or include in our benefits plan, or treatment alternatives that may be of

interest to you. We will call or send you reminders of your medical appointments or the preventive services that you need according to your age or health condition.

With Your Authorization: You may give us a written authorization to disclose your medical information to anyone for any purpose. Activities such as marketing of non-health related products or services or the sale of health information must be authorized by you. In these cases your health insurance policy and your benefits will not be affected if you denied the authorization.

The authorization must be signed and dated, mention the entity authorized to provide/receive the information, a brief description of the data to be disclosed and the expiration date, which will not exceed 2 years from the date of signage, except if you signed the authorization for one of the following purposes:

- to substantiate a request for benefits under a life insurance policy, its reinstatement or modifications to such policy, in which case the authorization will be valid for thirty (30) months or until the application is denied, the earlier of the two events; or
- to substantiate or facilitate the communication of an ongoing treatment of a chronic disease or rehabilitation of an injury.

The disclosed information pursuant to your authorization may be redisclosed by the recipient of the information and may not be protected by applicable privacy laws.

You may revoke the authorization in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosure permitted by your authorization while it was in effect. We will keep copies of the authorizations and revocations executed by you.

Family and Friends Involved in Your Care or Payment for Care: To a family member or friend you involve in your health care or payment for your health care, unless you request a restriction. We will disclose only the medical information that is relevant to the person's involvement.

Before we make such a disclosure, we will

provide you with an opportunity to object. If you are not present or disabled or in case of emergency we will use our professional judgment to determine whether disclosing your medical information is in your best interest.

Terminated accounts: We will not share the data of persons who are no longer our customers or who do not maintain a service relationship with us, except as required or permitted by law.

Security safeguards: We have implemented physical, technical and administrative safeguards to limit access to your personal information. Our employees and business associates are trained and know their duty to protect and maintain the privacy of your medical information, and are committed to comply with the highest security and privacy standards to handle your information in a responsible manner.

INDIVIDUAL RIGHTS

Access: You have the right to examine and receive a copy of your protected health information on enrollment and claims within the limits and exceptions provided by law. You must make a written request. Upon receipt of your request, we will have thirty (30) days to do any of the following activities:

- request for additional time
- provide the requested information or allow you to examine your information during working hours
- inform you that we do not have the requested information, in which case, we will orient you where to find it if we know the source
- deny the request, partially or in its entirety, because the information originates from a confidential source or was compiled in anticipation of a legal proceeding, investigations by law enforcement agencies or the anti-fraud unit or quality assurance programs or which disclosures are prohibited by law. We will notify you in writing the reasons for the denial, except in the event there's an ongoing investigation or in anticipation of a legal proceeding.

The first report will be free of charge, but we may charge you reasonable, cost-based fees for subsequent reports. If you request the report in a special format, you may have to pay an additional charge.

Disclosure Accounting: You have the right to a list of instances after April 14, 2003, in which we disclose your protected health information for purposes other than treatment, payment, health care operations, as authorized by you, and for certain other activities.

The report will provide the name of the entity to which we disclosed your information, the date and purpose of the disclosure and a brief description of the data disclosed. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to your additional requests. The report only covers the last six (6) years.

Amendment. You have the right to request that we amend your medical information. Your request must be in writing, and it must explain and justify the amendment requested. Within 60 days we will execute the amendment. If we need additional time, we will request you in writing an additional period of 30 days prior to the termination of the original period.

If we deny your request, we will provide you a written explanation. You have the right to request that we include your statement of disagreement with the determination taken by us in future disclosures of the disputed information. If we accept your request, we will make your amendment part of your record and use reasonable efforts to inform our business associates and others who we know may have and rely on the unamended information.

Restriction: You have the right to request that we restrict our use or disclosure of your medical information, if such disclosure may put your life at risk, as in a case of domestic violence. We are not required to agree to your request. If we do agree, we will abide by our agreement, except in a medical emergency or as required or authorized by law. Any agreement we may make to a request for restriction must be in writing signed by an authorized officer.

Confidential Communication: You have the right to request that we communicate with you about your medical information in confidence by alternative means or to alternative locations if your life may be at risk. You must make your request in writing, and your request must represent that the information could endanger you if it is not communicated in confidence as you request.

We will accommodate your request if it is reasonable, specifies the alternative means or location for confidential communication, and continues to permit us to collect premiums and pay claims under your health plan, including issuance of explanations of benefits to the subscriber.

Business closure. In the event of business closure, we will communicate with you to let you know how to obtain your claims history and any other information.

Notice of security breaches in which your health information may be at risk: You are entitled to be notified by any means if the security breach is the result of not having your information secured by technologies or methodologies approved by the Department of Health and Human Services.

Electronic Notice: If you receive this notice on our web site (www.bcbsusvi.com) or by e-mail, you are entitled to receive this notice in written form.

QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us. All the forms to exercise your rights are available at: www.ssspr.com.

If you are concerned that we or any of our business associates may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your health information, in response to a request you made to amend, restrict the use or disclosure of, or communicate in confidence about your medical information, you may complain to us using the contact information at the end of this notice. You also may submit a written complaint to the Office for Civil Rights of the United States Department of Health and Human Services (DHHS) at: Region II, Office of Civil Rights, US Department of Health and Human Services, Jacob Javitz Federal Building, 26 Federal Plaza – Suite 3312, New York, New York, 10278;

voice phone: (212) 264-3313; fax (212) 264-3039; TDD (212) 264-2355.

We support your right to the privacy of your medical information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the DHHS.

Contact Office: **COMPLIANCE AND PRIVACY OFFICE BCBS-USVI**

Telephone: (787) 277-6686

Fax: (787) 706-4004

E-mail: privacidad@ssspr.com

Address: PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628

Si interesa recibir copia de este aviso en español, envíe su solicitud a la dirección arriba indicada o visite nuestra página www.bcbsusvi.com

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO. LA PROTECCION DE SU INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestra Responsabilidad Legal

BCBS-USVI tiene el firme compromiso de mantener la confidencialidad de su información de salud. Este aviso le informa sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud. Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras el mismo esté en vigor.

Este aviso incluye ejemplos de la información que recopilamos y describe los tipos de usos y divulgaciones que podemos hacer. Los ejemplos son ilustrativos y no deben

considerarse un inventario completo de nuestro manejo de la información.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Antes de realizar algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, enmendaremos este aviso y lo enviaremos a todos nuestros suscriptores activos a la fecha del cambio. **Este aviso cobrará vigencia a partir del 15 de septiembre de 2014.**

Organizaciones Cubiertas por este Aviso

BCBS-USVI

TRISERVE TECH, INC.

INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS

Nuestro compromiso es limitar la información que recopilamos a la estrictamente necesaria para administrar la cubierta de su seguro o beneficios. Como parte de nuestras funciones de administración, recopilamos información personal de distintas fuentes, entre las cuales podemos mencionar:

- Información que usted provee en solicitudes y otros documentos para obtener un producto o servicio.

- Información que proviene de transacciones efectuadas con nosotros o con nuestras afiliadas.
- Información que proveen las agencias de crédito.
- Información de proveedores de servicios de salud.
- Programas de salud gubernamentales.

NOSOTROS NO USAMOS NI DIVULGAMOS INFORMACIÓN GENÉTICA CON EL PROPÓSITO DE EVALUAR O SUSCRIBIR RIESGOS.

Usos y Divulgaciones de Información de Salud

Compartimos información con nuestros socios de negocio, los cuales proveen servicios a nombre nuestro y participan en las funciones de

administración del seguro o la coordinación de sus beneficios. Sólo compartimos la información mínima necesaria y requerimos que cada socio de negocio firme un contrato obligándose a mantener la confidencialidad de la información compartida y limitar el uso de la

información a los propósitos establecidos en el contrato. Si el socio de negocio cerrara operaciones, nosotros mantendremos su información para continuar brindándole servicios.

En nuestras funciones de administración del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar información, sin su autorización, para actividades relacionadas con su tratamiento médico, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: A un proveedor de servicios médicos para que le brinde tratamiento.

Pago: Para pagar por los servicios de salud prestados a usted; determinar la elegibilidad a los mismos bajo su póliza; coordinar beneficios; cobro de las primas; y otras actividades relacionadas.

Operaciones de Cuidados de Salud: Para servicios legales y de auditoría, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento, así como la planificación y desarrollo de negocios, actividades administrativas y de gerencia del negocio, actividades de *patient safety*, credencialización, manejo de enfermedades y adiestramiento de estudiantes de medicina o farmacia.

Podemos usar o divulgar su información de salud a otra entidad relacionada con usted y que también esté sujeta a las reglas federales o locales sobre confidencialidad.

Entidades Cubiertas Afiliadas. Estas compañías están sujetas a las mismas leyes que requieren protección para su información de salud.

Su Patrono u Organización que Auspicia su Seguro Grupal de Salud: Podemos divulgar su información de salud al patrono u otra organización que auspicie su plan de salud grupal, con el fin de facilitar la administración del mismo, como las altas y bajas del plan de salud.

También podemos divulgar información de salud resumida. Esta resume el historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o cubiertas, o tipos de reclamaciones experimentadas por los participantes del plan.

Ayudas en Casos de Desastres y situaciones de emergencia

Programas gubernamentales de beneficios

Salud y seguridad Pública: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos:

- Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, entre otros;
- Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;
- Actividades de las agencias reguladoras;
- Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
- A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
 - Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
 - Para actividades de investigación científica;
 - Según autorizado por las leyes de compensación de accidentes del trabajo;
 - Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

Servicios Relacionados con su Salud:

Podemos usar su información de salud para ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés. Usaremos su información para llamarle o escribirle para recordarle sus citas médicas o las pruebas preventivas que necesite de acuerdo a su edad o condición de salud.

Con Su Autorización: Usted nos puede autorizar por escrito a usar o divulgar su información a otras personas para cualquier propósito. Actividades como el mercadeo de productos no relacionados con salud o la venta de información de salud requieren su autorización. En estos casos, las pólizas de seguro y sus beneficios no se afectarán si usted deniega la autorización. La autorización tiene que estar firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración de la autorización, la cual no excederá de 2 años contados desde la fecha en que se firma la misma. Salvo que se haya firmado la

autorización para uno de los siguientes propósitos:

- Para sustentar una solicitud de beneficios bajo una póliza de seguro de vida o para la rehabilitación o cambios de beneficios de la misma, en cuyo caso la autorización estará vigente por treinta (30) meses o hasta que se deniegue la solicitud, lo que ocurra primero; o
- Para sustentar o facilitar la comunicación del tratamiento en curso para un padecimiento crónico o enfermedad crónica o la rehabilitación de una lesión.

La información divulgada conforme a la autorización provista por usted pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicable. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted.

A su Familia y Amigos: A menos que usted solicite una restricción, podemos divulgar de

forma limitada información suya a los miembros de su familia o amistades que estén involucradas en su cuidado médico o que sean responsables por el pago de los servicios médicos.

Antes de divulgar su información médica a alguna persona relacionada con su cuidado médico o con el pago de los servicios de salud, le provereemos la oportunidad de objetar dicha divulgación. Si usted no se encuentra presente, está incapacitado(a) o es una situación de emergencia, utilizaremos nuestro juicio profesional en la divulgación de información que entendamos resultará en su mejor interés.

Terminación de la relación de servicio: No compartimos información de aquellas personas que ya no mantienen cuentas, pólizas o servicios con nosotros, excepto según lo permita la ley.

Medidas de seguridad: Hemos implantado medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para limitar el acceso a su información. Nuestros empleados y socios de negocio conocen la responsabilidad de proteger y mantener la confidencialidad de su información y se han comprometido a seguir los más estrictos estándares de confidencialidad y seguridad en el manejo de su información.

DERECHOS INDIVIDUALES

Acceso: Usted tiene el derecho de examinar y obtener copia de su información personal, financiera, de seguros o de salud relacionada con suscripción o reclamaciones dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Para ello, usted debe presentarnos su solicitud por escrito. Al recibo de su solicitud nosotros tendremos treinta (30) días para efectuar alguna de las siguientes actividades:

- Solicitud de tiempo adicional
- Proveer la información solicitada o permitirle examinar la información durante horas laborales
- Informarle que no tenemos la información solicitada en cuyo caso, de conocerlo, le indicaremos a dónde acudir
- Denegar la solicitud, parcial o totalmente, debido a que la

información proviene de una fuente confidencial o se recopiló en preparación de un litigio o investigación por oficiales del orden público, unidad anti-fraude o para programas de garantía de calidad o cuya divulgación está prohibida por ley. Le notificaremos por escrito las razones de la denegación. No será requerido notificarle en casos donde sea parte de una investigación debidamente constituida por ley o en preparación de un proceso judicial.

El primer informe que usted solicite será gratuito. Nos reservamos el derecho de cobrar por copias subsiguientes. Si usted solicita la información en un formato alterno al que

nosotros hemos establecido para este propósito, podría tener que pagar un cargo adicional por el informe.

Informe de Divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas desde el 14 de abril de 2003 en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de salud, o según su autorización. El informe indicará la fecha en que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se divulgó su información, una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Si usted solicita este informe más de una vez dentro de un período de doce (12) meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional(es). El informe sólo cubre los últimos seis (6) años.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y contener una explicación o evidencia que justifique la enmienda. En el término de sesenta (60) días realizaremos la enmienda. De necesitar tiempo adicional, le solicitaremos por escrito un período de treinta (30) días adicionales previo a la expiración del plazo original.

Podemos rechazar su solicitud si no originamos la información que usted solicita que se enmiende y quién la originó se encuentra disponible para recibir su solicitud, o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proveyeremos una explicación por escrito. Usted puede solicitar que se incluya una declaración suya indicando su desacuerdo con la determinación tomada por nosotros. Si aceptamos su solicitud, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo los socios de negocio, e incluiremos la enmienda en cualquier divulgación futura de tal información.

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su

información de salud, si dicha divulgación puede constituir un peligro a su seguridad, como en los casos de violencia doméstica. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos registramos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito y firmada por un oficial autorizado.

Comunicación Confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean realizadas por métodos alternos o dirigidas a direcciones alternas para proteger su vida. Debe presentar una solicitud escrita en la que indique las razones que pueden ponerle en peligro si las comunicaciones no se realizan de forma confidencial. Podríamos aceptar su solicitud si ésta es razonable, especifica las formas o localizaciones alternas, y nos permite continuar con el cobro de las primas de su seguro de salud y el pago de las reclamaciones por los servicios recibidos, incluyendo el envío de explicaciones de beneficios.

Cierre de negocio. En la eventualidad de un cierre de negocio nos comunicaremos con usted para informarle cómo obtener su historial de reclamaciones y cualquier otra información necesaria.

Aviso en caso de violaciones de seguridad en que su información esté en riesgo: Usted tiene derecho a ser notificado por cualquier medio si la violación de seguridad es resultado de que su información no estuviera protegida por tecnologías o metodologías aprobadas por el Departamento de Salud de los Estados Unidos.

Aviso por Medios Electrónicos: Si usted recibió este aviso por medio del portal www.bcbsusvi.com o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia escrita del mismo.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si interesa obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, comuníquese con nosotros. Todos los formularios para ejercer sus derechos están disponibles en www.bcbsusvi.com.

Si entiende que nosotros o alguno de nuestros socios de negocio ha incurrido en alguna infracción de sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a su información de salud, puede presentar su queja en la dirección que aparece al final de este aviso. Usted también puede someter su queja por escrito al Departamento de Salud Federal (DHHS) a la siguiente dirección: Región II, Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, Jacob Javits Federal Building, 26 Federal Plaza – Suite 3312, New York, New York, 10278; voice phone: (212) 264-3313; fax (212)264-3039; TDD (212)264-2355.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos ningún tipo de represalia si usted decide presentar una queja con nosotros o ante el DHHS.

Oficina de Contacto: **OFICINA DE CUMPLIMIENTO Y PRIVACIDAD BCBS-USVI**

Teléfono: (787) 277-6686

Fax: (787) 706-4004

E-mail: privacidad@ssspr.com

Dirección: P. O. Box 363628, San Juan, PR 00936-3628

If you would like to receive an English version of this notice, please contact us at the address above or visit our website at www.bcbsusvi.com.