



**YOUR INFORMATION.**  
**YOUR RIGHTS.**  
**OUR RESPONSIBILITIES.**

This notice describes how Sendero Health Plans can use or disclose your medical information and how you can get access to this information.

**Please review this notice carefully.**

---

**YOUR RIGHTS:**

**When it comes to your health information, you have certain rights.**

This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

---

**Get a copy of your health and claims records**

- You can ask to see or get a copy of your health and claims records and other health information we have about you. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice.
- We will provide a copy or a summary of your health and claims records, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.

---

**Ask us to correct health and claims records**

- You can ask us to correct your health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice.
- We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

---

**Request confidential communications**

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice.
- We will consider all reasonable requests, and must say “yes” if you tell us you would be in danger if we do not.

---

**Choose not to disclose or ask us to limit what we use or share**

- You can choose not to disclose or ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice.
- We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.
- Please be aware that choosing not to disclose or limiting what we use or share may have consequences such as limiting access to certain web- based service functions, limiting self-service opportunities otherwise available in the member portal, and may hinder the management of your health care.

## YOUR RIGHTS continued.

---

Ask us about further impacts of choosing not to disclose or limiting use by using the contact information at the end of this notice.

---

### **Get a list of those with whom we've shared information**

- You can ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice.
- We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We'll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

### **Get a copy of this privacy notice**

- You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice.

### **Choose someone to act for you**

- If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. Ask us how to do this by using the contact information at the end of this notice.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action or share your information.

### **File a complaint if you feel your rights are violated**

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the contact information at the end of this notice.
  - You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-800-368-1019, or visiting <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/what-to-expect/index.html>.
  - We will not retaliate against you for filing a complaint.
-

## YOUR CHOICES:

**For certain health information, you can tell us your choices about what we share.** If you have a clear preference on how you want us to share your information in the situations described below, tell us and we will follow your instructions. Use the contact information at the end of this notice.

---

**In these cases, you have both the right and choice to tell us to:**

- Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care.
- Share information in a disaster relief situation.
- Contact you for fundraising efforts.

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

---

**In these cases we never share your information unless you give us written permission:**

- Marketing purposes
  - Sale of your information
- 

## OUR USES AND DISCLOSURES:

**How do we use or share your health information?** We typically use or share your health information in the following ways.

---

**Help manage the health care treatment you receive**

- We can use your health information and share it with professionals who are treating you.

***Example:** A doctor sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services.*

---

**Run our organization**

- We can use and disclose your information to run our organization and contact you when necessary.
- We are not allowed to use genetic information to decide whether we will give you coverage and the price of that coverage. This does not apply to long-term care plans.

***Example:** We use health information about you to develop better services for you.*

---

**Pay for your health services**

- We can use and disclose your health information as we pay for your health services.

*Example: We share information about you with your dental plan to coordinate payment for your dental work.*

---

**Administer your plan**

- We may disclose your health information to your health plan sponsor for plan administration.

*Example: Your company contracts with us to provide a health plan, and we provide your company with certain statistics to explain the premiums we charge.*

---

**How else can we use or share your health information?**

We are allowed or required to share your information in other ways, usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information go to: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

---

**Help with public health and safety issues**

- We can share health information about you for certain situations such as:
    - - Preventing disease
      - Helping with product recalls
      - Reporting adverse reactions to medications
      - Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
      - Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety
- 

**Do research**

- We can use or share your information for health research.
- 

**Comply with the law**

- We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
- 

**Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director**

- We can share health information about you with organ procurement organizations.
  - We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.
-

---

**Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests**

- We can use or share health information about you:
  - For workers' compensation claims
  - For law enforcement purposes or with a law enforcement official
  - With health oversight agencies for activities authorized by law
  - For special government functions such as military, national security, and presidential protective services

---

**Respond to lawsuits and legal actions**

- We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

---

**Certain health information**

- State law may require additional protection on some specific medical conditions or health information. For example, these laws may prohibit us from disclosing or using information related to HIV/AIDS, mental health, alcohol or substance abuse and genetic information without your authorization. In these situations, we will follow the requirement of the state law.
-

## **OUR RESPONSIBILITIES:**

**When it comes to your information, we have certain responsibilities.**

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that compromises the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. You may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Limit Use of Information for Health Insurance Purposes:**

You may request that we limit the collection, creation, disclosure, access, maintenance, storage and use of your Personally Identifiable Information for the sole purpose of our assisting you in applying for health insurance or obtaining an eligibility determination, facilitating payment for your first premium, assisting you in updating or canceling your enrollment in a health insurance plan, and for performing other authorized functions specified in our agreements with CMS. You may request such a limitation by sending an email to [senderomarketing@senderohealth.com](mailto:senderomarketing@senderohealth.com) or calling us at 1-844-800-4693.

## **CHANGES TO THE TERMS OF THIS NOTICE:**

We can change the terms of this notice, and the changes we make will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request or from our website. We will also mail a copy of the new notice to you if there are material changes to our privacy practices.

## **CONTACT INFORMATION:**

If you would like general information about your privacy rights or would like a copy of this notice, go to: <https://www.senderohealth.com/files/PrivacyPracticesNotice.pdf>. If you have specific questions about your rights or about this notice, you may contact us in one of the following ways:

\* Call us at the toll-free number on the back of your member identification card. Call us at 1-844-800-4693

\* Write us at: Chief Compliance Officer

Chief Compliance Officer  
Sendero Health Plans, Inc.  
2028 E. Ben White Blvd., Suite 400  
Austin, TX 78741

## **EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE**

December 1, 2014



# SENDERO HEALTH PLANS

## SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS.

### NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y como puede acceder usted a esta información.

**Revísela con cuidado.**

---

## SUS DERECHOS.

**Cuando se trata de la información de su salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

---

### Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

---

### Solicitarnos que corrijamos el historial médico y de reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

---

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

---

### Optar por no divulgar o limitar lo que utilizamos o compartimos

- Puede optar por no divulgar o pedir que no uso o compartir cierta información médica para tratamiento, pago, o de nuestras operaciones. Pregúntenos cómo hacerlo utilizando la información de contacto al final de este aviso.
  - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
-

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenga en cuenta que elegir no divulgar o limitar lo que usamos o compartimos puede tener consecuencias como limitar el acceso a ciertas funciones de servicio basadas en la web, limitar las oportunidades de autoservicio disponibles en el portal para miembros y puede dificultar la gestión de su salud. Pregúntenos sobre los impactos adicionales de elegir no divulgar o limitar el uso mediante el uso de la información de contacto al final de este aviso.</li> </ul>
<b>Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas, sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.</li> </ul>
<b>Obtener una copia de esta notificación de privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.</li> </ul>
<b>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.</li> <li>• Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.</li> </ul>
<b>Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de contacto al final de este aviso</li> <li>• Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html</a>, los últimos dos disponibles en español.</li> <li>• No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.</li> </ul>



## SUS OPCIONES.

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

---

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe
- Comunicarse con usted para recaudar fondos

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

---

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
  - Venta de su información.
- 

## NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

---

**Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe**

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.*

---

**Dirigir nuestra organización**

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

*Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.*

---

---

**Pagar por sus servicios médicos**

- Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

***Ejemplo:** Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.*

---

**Administra su plan**

- Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

***Ejemplo:** Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

---

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

---

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o

---

**Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

---

**Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

---

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

---

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

---

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

---

**Cierta información de salud**

- La ley estatal puede requerir protección adicional en algunas condiciones médicas específicas o información sobre la salud. Por ejemplo, estas leyes pueden prohibirnos revelar o utilizar la información relacionada con el VIH / SIDA, salud mental, abuso de alcohol o de sustancias y la información genética sin su autorización. En estas situaciones, vamos a seguir el requisito de la ley estatal.

---

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

**Cuando se trata de su información, tenemos ciertas responsabilidades.**

- Estamos obligados por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html). Disponible en español.

### **Limitar el Uso de la Información para fines de Seguro Médico:**

Usted puede solicitar que limitemos la recopilación, creación, divulgación, acceso, mantenimiento, almacenamiento y uso de su Información de Identificación Personal con el único propósito de ayudarlo(a) a solicitar seguro médico u obtener una determinación de elegibilidad, facilitando el pago de su primera prima, ayudarlo(a) a actualizar o cancelar su inscripción en un plan de seguro médico y para realizar otras funciones autorizadas especificadas en nuestros acuerdos con los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS, sigla en inglés). Usted puede solicitar dicha limitación enviando un correo electrónico a [senderomarketing@senderohealth.com](mailto:senderomarketing@senderohealth.com) o llamándonos al 1-844-800-4693.

### **CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTA NOTIFICACIÓN**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

## **INFORMACION DE CONTACTO**

Si usted quisiera información general sobre sus derechos de privacidad o quisiera una copia de esta notificación vaya a: <https://www.senderohealth.com/files/PrivacyPracticesNotice.pdf>. Si usted tiene algunas preguntas específicas sobre sus derechos de privacidad, usted se puede contactar con nosotros en una de las siguientes maneras:

\*Llamando nos gratuitamente al número que aparece detrás de su tarjeta de identificación.

\*Llamando al 1-844-800-4693

\*Escribiéndonos a:

Chief Compliance Officer  
Sendero Health Plans, Inc.  
2028 E. Ben White Blvd., Suite 400  
Austin, TX 78741

## **FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO**

1 de diciembre de 2014