



Información y avisos de divulgación importantes

Este documento contiene información importante sobre su plan de salud, incluidas nuestras prácticas de privacidad y dónde puede encontrar información más detallada sobre ciertos temas, como sus beneficios médicos y de farmacia.

En este documento, los términos “Nosotros”, “Nos” y “Nuestro” se refieren a Community Health Plan of Washington (“CHPW”). Cuando usamos el término “su plan de salud”, nos referimos al plan de salud CHPW particular en el que usted y sus dependientes elegibles, si los hubiera, están inscritos. Cuando usamos los términos “Miembro” o “Miembros”, nos referimos a todas las personas inscritas en los planes de salud CHPW actuales.

La información incluida y a la que se hace referencia en este documento está disponible para que usted la vea o la descargue a través del portal para miembros de CHPW en individualandfamily.chpw.org/member-center. Si tiene preguntas sobre este documento o sobre cómo obtener más información, incluso sobre el uso de nuestro sitio web y la solicitud de copias impresas de esta información, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Si tiene problemas de audición o al hablar por teléfono, marque 711 para comunicarse con el repetidor TTY.



Aviso sobre no discriminación

Community Health Plan of Washington (CHPW) y sus proveedores y otros socios contratados cumplen con todas las leyes federales, estatales y locales de derechos civiles vigentes y no discriminan, excluyen ni tratan diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, género, estado civil, edad, orientación sexual, presencia de discapacidades físicas o mentales, o cualquier otro motivo prohibido por la ley en sus prácticas laborales y en la prestación de servicios de atención médica.

CHPW brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros. Estos servicios incluyen intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos, como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros. Además, CHPW brinda servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como servicios de interpretación profesional e información escrita en otros idiomas.

Si necesita este tipo de servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente de CHPW llamando al 1-866-907-1906 (TTY: 711) de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Si considera que CHPW no brindó estos servicios o que lo discriminó de otra forma, puede presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico:

CHPW Civil Rights Coordinator

1700 7th Ave, Suite 900

Seattle, WA 98101

Teléfono: 1-866-907-1906 (TTY: 711)

Fax: 206-613-8984

civil.rights@chpw.org

Si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de CHPW para que lo ayude.

También puede presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros de manera electrónica en insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status o por teléfono al 1-800-562-6900.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Ave. SW, Room 509F HHH Building, Washington, DC 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 para TDD.



Aviso de disponibilidad de servicios de ayuda con el idioma y recursos auxiliares

English

For free language assistance services and auxiliary aids and services, call 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Español (Spanish)

Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-866-907-1906 (TTY: 711).

中文 (简体) (Chinese)

如需免费的语言协助服务以及辅助工具和服务，请致电1-866-907-1906 (听障人士请拨打 TTY：711)。

Tiếng Việt (Vietnamese)

Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-866-907-1906 (TTY: 711).

한국인 (Korean)

무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-866-907-1906 (TTY: 711)로 문의해 주시기 바랍니다.

Русский (Russian)

Для получения бесплатных услуг языковой помощи а также вспомогательных средств и услуг, звоните по номеру 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Tagalog

Para sa mga libreng serbisyo sa tulong sa wika at mga pantulong na kagamitan at serbisyo, tumawag sa 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian)

Для отримання безкоштовної мовної допомоги, допоміжних засобів та послуг телефонуйте за номером 1-866-907-1906 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Mon-Khmer Cambodian)

សម្រាប់សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា និងឧបករណ៍ និងសេវាកម្មជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-907-1906 (TTY: 711)។



日本語 (Japanese)

言語サポートサービス(無料)および補助的な器具やサービスをご希望の方は、
1-866-907-1906 (TTY: 711) までお電話ください。

አማርኛ (Amharic)

ለ ለነጻ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች እንዲሁም ለአካል ጉዳተኞች እርዳታ እና አገልግሎቶች፣
ወደ 1-866-907-1906 (TTY: 711) ይደውሉ።

العربية (Arabic)

لتلقي خدمات المساعدة اللغوية المجانية والأدوات المساعدة والخدمات الإضافية، يرجى الاتصال على الرقم
1-866-907-1906 (الهاتف النصي TTY: اتصل على الرقم 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, 1-866-907-1906 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Deutsch (German)

Kostenlose Sprachassistentendienste, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter
1-866-907-1906 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Laotian)

ສໍາລັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການເສີມແບບບໍ່ເສຍຄ່າ,
ໃຫ້ໂທ 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Cushite Afaan Oromoo

Tajaajiloota hiikkaa afaanii, fi namoota hanqina dubbachuu, arguu fi dhagahuu qabaniif deeggarsa
dubbii, argaa fi dhageettii meeshaatiinii bilisaan argachuuf, gara 1-866-907-1906 (TTY: 711) tti bilbilaa.

ትግርኛ (Tigrinya)

ብነጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ አገልግሎት፣ ከምኡውን ናይ ረድኤት ሓገዝን አገልግሎትን ንምርካብ ናብ
1-866-907-1906 (TTY:- 711) ደውሉ።

Soomaali (Somali)

Si aad u hesho adeegyada caawinta luqadda bilaashka ah iyo qalabka iyo adeegyada kaalmada ah,
wac 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Français (French)

Pour bénéficier d'une assistance linguistique gratuite et d'aides et services auxiliaires,
appelez le 1-866-907-1906 (TTY : 711).

دری (Dari)

برای درخواست خدمات ترجمه رایگان، و کمک ها و خدمات پشتیبان مخصوص افراد ناتوان یا کم توان، با
1-866-907-1906 (TTY: 711) به تماس شوید.



Información sobre sus beneficios de salud.

INFORMACIÓN SOBRE SUS BENEFICIOS. Proporcionamos a nuestros miembros información importante sobre sus planes de salud, como una lista de beneficios cubiertos, incluidos los beneficios de medicamentos recetados, cualquier exclusión o limitación que se aplique a esos beneficios y definiciones útiles. Encontrará esta información en el Acuerdo de cobertura. Los miembros también pueden tener acceso a esta información a través del portal para miembros en individualandfamily.chpw.org/member-center. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.

PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS EN LAS DECISIONES DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN. Usted puede participar en la toma de decisiones acerca de los beneficios que cubre su salud. Para hacer recomendaciones o sugerir cambios, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE ACREDITACIÓN DE SU PLAN DE SALUD. CHPW se enorgullece de estar acreditado por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad. CHPW publica información sobre la eficacia y el desempeño de la atención médica de acuerdo con las medidas del conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención sanitaria (HEDIS). Los miembros y otras partes interesadas pueden solicitar esta información si se comunican con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.

INFORMACIÓN SOBRE PRIMAS Y COSTOS COMPARTIDOS. La prima es el pago mensual que debe hacer para mantener la cobertura de su plan de salud. El costo compartido es el monto que debe por determinados servicios cubiertos por su plan de salud. Encontrará información sobre sus obligaciones de costos compartidos en la sección Costos compartidos de su Acuerdo de cobertura y en el Programa de beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre las primas o el costo compartido, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.

SU PLAN DE SALUD ES UNA “ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS” (EPO), lo que significa que los servicios están cubiertos solo cuando se reciben de Proveedores de la Red, con excepciones limitadas, como los servicios de atención de emergencia. Su plan de salud no ofrece una opción de “punto de servicio”. Excepto en las circunstancias limitadas que se describen en su Acuerdo de cobertura, o cuando lo exija la ley, si recibe atención de un proveedor fuera de la red, usted es responsable de todos los costos asociados con los servicios fuera de la red recibidos. Su plan de salud está diseñado para garantizar que tenga la flexibilidad de consultar al proveedor de su elección y la capacidad de planificar con anticipación y administrar sus gastos de bolsillo, incluidos los montos de costos compartidos. La sección Acceso a la atención de su Acuerdo de cobertura contiene información detallada sobre cómo funciona esto. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.



INFORMACIÓN SOBRE LA RED DE PROVEEDORES DE SU PLAN. Su plan de salud le permite tener acceso a una red integral de proveedores especializados y de atención primaria de alta calidad, hospitales y otros proveedores de atención médica, conocida como la Red de afiliados de Cascade Care de CHPW. Mantenemos una lista actualizada regularmente de los proveedores incluidos en la Red de afiliados de Cascade Care de CHPW y puede tener acceso a esta lista en cualquier momento en línea en individualandfamily.chpw.org/find-a-doctor/.

También puede comunicarse con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906 para ver si un determinado proveedor está incluido en la Red de afiliados de Cascade Care de CHPW.

INFORMACIÓN SOBRE REFERENCIAS Y CÓMO TENER ACCESO A LA ATENCIÓN. No necesita una referencia para consultar con un proveedor de la red que no sea su médico de atención primaria, incluso para atención especializada. Puede encontrar más información sobre cómo tener acceso a los distintos tipos de proveedores en la sección Acceso a la atención de su Acuerdo de cobertura. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.

INFORMACIÓN SOBRE AUTORIZACIONES. Algunos servicios requieren autorización antes de que su plan de salud pague por ellos. Puede encontrar información sobre cuándo debe solicitar autorización previa para un servicio y cómo funciona el proceso de aprobación en la sección Autorizaciones previas de su Acuerdo de cobertura. Si tiene preguntas o necesita ayuda para solicitar la autorización previa de un servicio cubierto, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE RECLAMOS Y APELACIONES DE SU PLAN DE SALUD. Puede: No estar de acuerdo con una decisión que tome su plan de salud con respecto a sus beneficios, incluidas las determinaciones adversas sobre beneficios o la denegación de reclamaciones o servicios. La sección Preguntas, quejas, reclamos y apelaciones de su Acuerdo de cobertura contiene información detallada sobre cómo apelar una decisión con la que no está de acuerdo y cómo presentar quejas ante su plan de salud, incluidas los reclamos relacionados con la atención que recibe. Esta información también está disponible en línea en individualandfamily.chpw.org/member-center/member-rights/grievances-appeals/. Si tiene preguntas sobre estos procesos, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.

INFORMACIÓN SOBRE LA COMPENSACIÓN DE LOS PROVEEDORES. Nuestro objetivo es compensar de manera justa a los médicos, centros y otros proveedores de atención médica por brindar servicios de atención médica eficaces y de alta calidad a nuestros miembros. El monto que un proveedor o centro puede recibir por brindar servicios o suministros a nuestros miembros varía. Los pagos a los proveedores dependen de si el proveedor está dentro de la red, entonces puede determinarse por contrato. Los proveedores no incluidos en la Red de afiliados de Cascade Care de CHPW son “proveedores fuera de la red” y no están cubiertos. Si tiene preguntas sobre cómo compensamos a nuestros proveedores, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.



CONTABILIDAD ANUAL DE LOS PAGOS A PROVEEDORES. Puede solicitar una contabilidad anual de los pagos que se descuentan del pago u otras limitaciones que se aplican a sus beneficios, que haya implementado su plan de salud a sus proveedores de atención médica. Para solicitar una copia de la contabilidad anual o para obtener más información, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.

INFORMACIÓN A LA QUE SE HACE REFERENCIA EN SU ACUERDO DE COBERTURA. Su Acuerdo de cobertura puede hacer referencia a otros documentos o fuentes de información. Puede solicitar copias de la información a la que se hace referencia en su Acuerdo de cobertura si se comunica con el Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-907-1906.



Información sobre sus beneficios de farmacia

Esta información se refiere a los beneficios de farmacia cubiertos por su plan de salud. La cobertura de medicamentos recetados es una parte importante de los beneficios que ofrece su plan de salud. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de farmacia, comuníquese con Servicio al Cliente de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., al número gratuito 1-866-907-1906. Si tiene problemas de audición o al hablar por teléfono, marque 711 para comunicarse con el repetidor TTY.

Su plan de salud también puede proporcionarle más información sobre sus beneficios de farmacia, inclusive: una copia del formulario de medicamentos de su plan de salud e información sobre cómo se utilizan el criterio de necesidad médica y otros para determinar la cobertura de los medicamentos recetados; cómo su proveedor puede solicitar que el plan de salud cubra un medicamento recetado que no figura en el formulario del plan de salud; las normas del plan de salud respecto a la cobertura de medicamentos recetados, como la forma en que se aprueba o se quita un medicamento del formulario; y cómo usted o su proveedor pueden apelar cualquier decisión de cobertura del plan de salud con la que no estén de acuerdo. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-907-1906 para solicitar más información, o ingrese a individualandfamily.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/.

TÉRMINOS COMUNES DE FARMACIA. Tómese un momento para familiarizarse con los siguientes términos comunes de farmacia y sus significados:

- Un **formulario de medicamentos** es una lista de los medicamentos recetados que están cubiertos por su plan de salud. Desarrollamos nuestro formulario de medicamentos con la ayuda de farmacéuticos y médicos para garantizar la calidad y fomentar la eficiencia en la prescripción de medicamentos. En nuestro formulario, se incluyen medicamentos preferidos y no preferidos.
- Los **medicamentos que no están en el formulario** son aquellos que no figuran en nuestro formulario de medicamentos. Los medicamentos que no están en el formulario no están cubiertos sin la aprobación del plan de salud. Los medicamentos que no están en el formulario pueden aprobarse cuando son médicamente necesarios. Si se aprueban, los medicamentos que no están en el formulario pueden estar sujetos a costos compartidos más altos que los incluidos en nuestro formulario. Revisamos y actualizamos nuestro formulario de medicamentos regularmente.
- Los **medicamentos genéricos** son medicamentos sin marca farmacéuticamente equivalentes a uno o varios medicamentos de marca. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU aprueba que los medicamentos genéricos cumplen con los mismos estándares de efectividad, seguridad, pureza y concentración que sus equivalentes de marca. Se dispensarán medicamentos genéricos a menos que no haya uno disponible. No todos los medicamentos genéricos están incluidos en nuestro formulario.



- Los **medicamentos de marca** son medicamentos recetados vendidos por un solo fabricante, que tiene una patente sobre el medicamento. Si decide que desea tomar un medicamento de marca cuando su proveedor le receta una versión genérica, es posible que deba pagar un costo adicional que exceda sus gastos de bolsillo habituales de farmacia. No todos los medicamentos de marca están incluidos en nuestro formulario.



SU DERECHO A RECIBIR SERVICIOS DE FARMACIA SEGUROS Y EFICACES. Las leyes estatales y federales establecen normas para garantizar la seguridad y eficacia de los servicios de farmacia, y para garantizar su derecho a saber qué medicamentos están cubiertos por este plan y qué limitaciones de cobertura hay en su acuerdo. Para obtener más información sobre las normas de cobertura de medicamentos de este plan, o si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su beneficio de farmacia, llámenos al 1-866-907-1906.

Si desea obtener más información sobre sus derechos conforme a la ley, o si cree que la información que ha recibido de su plan de salud no se ajusta a los términos de su Acuerdo de cobertura, comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington al **1-800-562-6900**. Si tiene alguna inquietud sobre el farmacéutico o las farmacias que lo atienden, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Washington al **1-800-525-0127**.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE FARMACIA. La siguiente información se le proporciona en el momento de la inscripción y está a disposición si la solicita en cualquier momento.

⇒ **¿Este plan limita o excluye ciertos medicamentos que mi proveedor de atención médica puede dispensar, o fomenta la sustitución de algunos medicamentos?**

Su plan de salud ha trabajado en estrecha colaboración con farmacéuticos y proveedores de atención médica para desarrollar su formulario de medicamentos. Como se indicó anteriormente, los medicamentos que no están en el formulario no están cubiertos salvo que su plan de salud los apruebe. Cuando se aprueba un medicamento que no está en el formulario, es posible que deba pagar un costo más alto que para los medicamentos del formulario, según los beneficios de su plan.

Como se indicó anteriormente, se dispensarán medicamentos genéricos a menos que no haya uno disponible. Si decide que prefiere un medicamento de marca en lugar de su equivalente genérico, tendrá que pagar la diferencia de costo entre los medicamentos de marca y los genéricos, además de cualquier monto de costos compartidos aplicable a los beneficios de farmacia de su plan de salud.

Tenga en cuenta que hay varios medicamentos excluidos de la cobertura. Estos incluyen medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); fármacos experimentales; medicamentos para bajar de peso; medicamentos para tratar la disfunción sexual; y medicamentos para tratar problemas estéticos. Puede encontrar una lista completa de exclusiones en su Acuerdo de cobertura o si llama al Servicio al Cliente al 1-866-907-1906.

⇒ **¿Cuándo puede mi plan cambiar la lista de medicamentos aprobados (formulario de medicamentos)? Si se produce un cambio, ¿tendré que pagar más por usar un medicamento que he estado usando?**

Su plan de salud revisa y actualiza su formulario de medicamentos con regularidad. Contamos con un Comité de Farmacia y Terapéutica que realiza cambios en el formulario



en función de los resultados de la investigación médica sobre la eficacia de los medicamentos, que generalmente se publica en revistas de atención médica. Expertos nacionales imparciales revisan estos resultados para asegurarse de que son precisos, válidos y confiables. Si decidimos retirar un medicamento de nuestro formulario, su proveedor o su farmacéutico se lo notificarán cuando hable sobre el surtido de su receta.

Los medicamentos que se retiran del formulario no están cubiertos por el plan de salud, lo que significa que es probable que tenga que pagar más de su bolsillo si desea obtener un medicamento que no está cubierto. En el caso de los medicamentos de marca retirados del formulario, el plan de salud suele ofrecer medicamentos genéricos y, por lo general, usted no tiene que pagar más por estos.

⇒ **¿Qué debo hacer si deseo un cambio en las limitaciones, exclusiones, sustituciones o los aumentos de costos de los medicamentos especificados en este plan?**

Si desea hablar sobre un cambio en los beneficios de medicamentos que ofrecemos, debe llamar a nuestro Servicio al Cliente al 1-866-907-1906. Con el aporte de nuestros farmacéuticos clínicos y de su proveedor de atención médica, podremos determinar si el cambio que desea realizar es posible o no. Si decidimos que el cambio que desea no es médicamente necesario, tiene la opción de apelar esa decisión para que un segundo grupo de farmacéuticos y proveedores médicos pueda revisar su solicitud.

⇒ **¿Cuánto tengo que pagar para surtir una receta?**

El monto de sus gastos de bolsillo depende de su plan de salud en particular y del medicamento que se le haya recetado. En general, el copago o coseguro de medicamentos recetados se aplica a un suministro para 30 o 90 días de cada receta que haya surtido. En el caso de que el cargo real de un medicamento sea menor que su obligación de copago o coseguro, usted solo pagará eso por el medicamento. Por lo general, puede esperar pagar copagos y coseguros más bajos para los medicamentos genéricos, y montos más altos para los de marca.

⇒ **¿Tengo que usar ciertas farmacias para pagar el menor monto de mi bolsillo en este plan de salud?**

Sí. Cuando surta su receta en cualquiera de nuestras muchas farmacias participantes, usted será responsable de pagar solo los montos de costos compartidos aplicables, según se describe en su Acuerdo de cobertura. Su plan de salud no paga las recetas surtidas en farmacias que son parte de nuestra red. Si surte un medicamento recetado en una farmacia no participante, usted deberá pagar el costo total de la receta. Para obtener una lista de todas nuestras farmacias participantes, puede acceder al directorio en línea en individualandfamily.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/ o comunicarse con Servicio al Cliente al 1-866-907-1906.



⇒ **¿Cuántos días de suministro de la mayoría de los medicamentos puedo obtener sin pagar otro copago u otro cargo reiterado?**

Su plan de salud ofrece cobertura para un suministro de hasta 90 días de muchos medicamentos recetados a través de farmacias minoristas y por correo. El copago o coseguro aplicable se implementa a cada receta o resurtido de 30 o 90 días que haya surtido.

⇒ **¿Qué otros servicios de farmacia cubre mi plan de salud?**

El Departamento de Farmacia de CHPW participa activamente en el desarrollo de pautas clínicas para el uso de una serie de medicamentos, especialmente los usados para tratar enfermedades complejas o crónicas. También trabajamos de forma minuciosa con nuestros equipos de Administración de Casos y Administración de Enfermedades para garantizar que los miembros con afecciones médicas complejas o crónicas reciban los medicamentos adecuados, además de otros aspectos de su plan de atención. Esas afecciones médicas incluyen la diabetes, el VIH/SIDA, las afecciones cardíacas, el asma, la depresión y otras afecciones de salud mental, así como el dolor crónico.

Información sobre los administradores de los beneficios de atención médica.

CHPW tiene contratos con ciertos administradores de beneficios de atención médica (HCBM) para llevar a cabo ciertas funciones del plan. Un "administrador de beneficios de atención médica" es una persona o entidad que presta servicios o actúa en nombre de una compañía de seguros de salud, que directa o indirectamente afecta la determinación o utilización de los beneficios o el acceso de los pacientes a los servicios, medicamentos y suministros de atención médica. Visite nuestro sitio web individualandfamily.chpw.org/member-center/health-care-benefit-managers-for-chpw/ para ver una lista actualizada de los HCBM que llevan a cabo funciones o servicios relacionados con su plan de salud.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En Community Health Plan of Washington (CHPW), estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información financiera y de salud. Este Aviso de prácticas de privacidad le informa sobre cómo recopilamos, usamos y divulgamos su información de salud y sus derechos con respecto a esa información. **Es importante que lo lea con atención.** Algunos ejemplos de su información financiera y de salud son su nombre, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono, raza o etnia, idioma, orientación sexual, identidad de género, necesidades sociales individuales, número de cuenta, empleo, historial médico, registros médicos e información de reclamaciones.

La fecha de entrada en vigencia de este Aviso es el 1.º de mayo de 2026. Permanecerá en vigencia hasta que lo reemplacemos. Este Aviso hace referencia a usted y a sus dependientes cubiertos.

Su información. Sus derechos. Sus responsabilidades.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones.
- Corregir sus registros de salud y reclamaciones.
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Solicitarnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Sus elecciones

Tiene algunas elecciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Respondemos a las preguntas de cobertura de sus familiares y amigos.
- Proporcionamos ayuda en caso de desastre.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar su información para hacer lo siguiente:

- Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Dirigir nuestra organización.
- Pagar por sus servicios de salud.
- Administrar su plan de salud.
- Ayudar con temas de seguridad y salud pública.
- Investigar.
- Cumplir con la ley.
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o empresario de funeraria.



- Atender las solicitudes de compensación para trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales.

En la medida en que los registros que tenemos de usted como paciente relacionado con el trastorno por abuso de sustancias estén sujetos al título 42 del CFR, parte 2, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación.

Sus derechos

En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito. Comuníquese al número gratuito 1-866-907-1906 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PTS), o ingrese en <https://individualandfamily.chpw.org/member-center/member-rights/> para obtener el formulario de solicitud correspondiente.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, por lo general en los 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable según el costo.

Solicítarnos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le daremos la razón por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su casa, oficina o al teléfono móvil) o que enviemos la correspondencia a otra dirección.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptar si nos indica que, de no hacerlo, usted correría peligro.

Solicítarnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información de salud para fines de tratamiento, pago, o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no”, por ejemplo, si pudiera afectar su atención. Si aceptamos su solicitud, aún podemos compartir esta información en el caso de que necesite tratamiento de emergencia.



Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que nos pregunta, con quién lo compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó que hagamos). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable según el costo si solicita otra en el plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si alguien tiene autoridad para actuar como su representante personal, por ejemplo, si alguien tiene su poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos si se comunica con el Coordinador de Derechos Civiles de CHPW por teléfono al número gratuito 1-866-907-1906 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (PST), o por escrito a Community Health Plan of Washington, Attn: Civil Rights Coordinator at 1700 7th Ave, Suite 900, Seattle WA 98101 o por correo electrónico a civil.rights@chpw.org.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si manda una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, si llama al 1-877-696-6775, o si ingresa a <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.
- No iniciaremos acciones contra usted por presentar una queja.

Sus elecciones

En el caso de cierta información de salud, puede indicarnos sus elecciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué desea que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la elección de solicitarnos que:

- Compartamos la información con sus familiares, amigos íntimos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastre.



Si no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y 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 la salud o la seguridad.

En estos casos, *nunca* compartiremos su información excepto que nos dé su permiso por escrito:

- Por cuestiones de mercadotecnia.
- Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que le brindan tratamiento.

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

Dirigir nuestra organización

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

Ejemplo: Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago para la atención dental.

Administrar su plan

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía hace un contrato con nosotros para proporcionar un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

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

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras formas, generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Y en todos los casos, **si** tenemos registros suyos como paciente con trastornos por abuso de sustancias,



sujetos al título 42 del CFR, parte 2, no podemos usar ni compartir información en esos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y una citación.

Ayudar con temas de seguridad y salud pública

Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones, tales como:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar para retirar un producto del mercado.
- Informar reacciones adversas a medicamentos.
- Denunciar presuntos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona.

Investigar

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o empresario de funeraria.

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense o un empresario de una funeraria cuando una persona fallece.

Atender las solicitudes de compensación para trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de compensación para trabajadores.
- Para el cumplimiento de la ley o con un agente de las fuerzas del orden.
- Con las agencias de control de salud para las actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como militares, de seguridad nacional, y los servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.



- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe en este aviso, excepto que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este Aviso

Podemos modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible en nuestro sitio web si lo solicita, y le enviaremos una copia por correo.

Información de contacto

Puede ejercer cualquiera de sus derechos descritos en este aviso o hacer preguntas sobre estos derechos si se comunica con nosotros a:

Community Health Plan of Washington (CHPW)

1700 7th Ave, Suite 900

Seattle, WA 98101

1-866-907-1906 (TTY: 711), de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes