



Carpenters Southwest Administrative Corporation

533 South Fremont Avenue • Los Angeles, California 90071-1706 • Tel: 213-386-8590 • Toll Free: 800-293-1370

www.carpenterssw.org

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES UNDER HIPAA

Southwest Carpenters Health and Welfare Trust sponsoring the
Southwest Carpenters Health and Welfare Plan for Active Carpenters
and the
Southwest Carpenters Health and Welfare Plan for Retired Carpenters

Your Information. Your Rights. Our Responsibilities.

**This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.
Please review it carefully.**

Effective Date of Notice: September 1, 2015

SUMMARY

Your Rights

You have the right to:

- Get a copy of your health and claims records
- Correct your health and claims records
- Request confidential communication
- Ask us to limit the information we share
- Get a list of those with whom we've shared your information
- Get a copy of this privacy notice in hard copy or electronic form
- Choose someone to act for you
- File a complaint if you believe your privacy rights have been violated
- Receive notification if there is a breach of your unsecured protected health information

Your Choices

You have some choices in the way that we use and share information as we:

- Answer coverage questions from your family and friends
- Provide disaster relief

Our Uses and Disclosures

We may use and share your information as we:

- Help manage the health care treatment you receive
- Run our organization
- Pay for your health services
- Administer your health plan
- Help with public health and safety issues
- Do research



Carpenters Southwest Administrative Corporation

533 South Fremont Avenue • Los Angeles, California 90071-1706 • Tel: 213-386-8590 • Toll Free: 800-293-1370

www.carpenterssw.org

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD BAJO HIPAA

Fideicomiso del Sudoeste de Carpinteros de Salud y Bienestar patrocina a
Carpinteros del Sudoeste Plan de Salud y Bienestar para Carpinteros Activos
y los
Carpinteros del Sudoeste Plan de Salud y Bienestar para Carpinteros Jubilados

Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

Fecha de Vigencia de la Notificación: Septiembre 1, 2015

RESUMEN

Sus Derechos

Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de su historia de salud y reclamaciones
- Corregir sus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de su aviso de privacidad en papel o en documento electrónico
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados
- Recibir una notificación si hay un incumplimiento de su información médica protegida sin su garantía

Sus Opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que podemos utilizar y compartir la información a medida que:

- Respondemos a las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionamos alivio de desastres

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información a medida que:

- Ayudamos a controlar el tratamiento de cuidado de la salud que usted recibe
- Dirigimos nuestra organización
- El manejo de las facturas por sus servicios de salud
- Administremos su plan de salud
- Ayudemos con asuntos de seguridad y salud pública

- Realizamos investigaciones de salud
- Comply with the law
- Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests
- Respond to lawsuits and legal actions
- Provide proof of a student's immunizations to a school

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 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.
- 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.
- 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.
- We will consider all reasonable requests, and must say "yes" if you tell us you would be in danger if we do not.

Ask us to limit what we use or share

- You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations.
- We are not required to agree to your request, and we may say "no" if it would affect your care.

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.
- 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.

- Cumplimos con la ley
- Respondamos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario
- Nos dirigimos en asuntos de Compensación de Trabajadores, Cumplimiento de la Ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales
- Proporcionar prueba de inmunizaciones del estudiante a la escuela

Sus Derechos

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

Obtener una copia de su historial de salud y reclamaciones

- Puede solicitar le muestren o entreguen una copia de su historial de salud y reclamaciones u otra información de salud que tengamos de usted. Pregúntenos como hacerlo.
- Le entregamos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podríamos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Consúltenos para corregir los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos como hacerlo.
- Podríamos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar Comunicaciones Confidenciales

- Puede pedir 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.
- Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y hay que decir "sí" si usted nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Consúltenos para limitar lo que utilizamos o compartimos

- Usted puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a acceder a su petición, y podemos decir "no" si esto afectaría su cuidado de salud.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis (6) años previos a la fecha de su solicitud, con quien la hemos compartido, y el por qué.
- 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.

Get a copy of this privacy notice and notice of a breach

- 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. If there is a breach of your protected health information we will notify you.

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.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

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 information on page 7 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 them at 1-877-696-6775, or visiting their website at www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- 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 for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

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

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 or fundraising purposes
- Sale of your information
- Psychotherapy notes

Obtenga una copia de esta notificación de privacidad

- 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. Si hay un incumplimiento de su información médica protegida le notificaremos.

Elegir a alguien que actué en su nombre

- 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 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 violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 7 de este aviso.
- 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 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información de salud, puede decirnos sus decisiones sobre que compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos que 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 los pagos de su salud.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

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 o recaudación de fondos.
- Venta de su información.
- Notas de psicoterapia.

Your Personal Representatives

You may exercise your rights to your PHI by designating a “Personal Representative.” Your Personal Representative will be required to produce evidence of the authority to act on your behalf before the Personal Representative will be given access to your PHI or be allowed to take any action for you.

Under this Plan, proof of such authority will include:

- (1) a completed, signed and approved form to Appoint a Personal Representative (you may obtain this form by contacting the Privacy Officer at their address listed on page 7 of this Notice or you will find the form on this website under “Health/HIPAA forms” at <http://carpenterssw.org/forms-docs/>);
- (2) a notarized power of attorney for health care purposes; or
- (3) court-appointed conservator or guardian.

The Plan retains discretion to deny a Personal Representative access to an individual’s PHI if the Plan has a reasonable belief that the result could be to subject the individual to domestic violence, abuse, neglect, or endangerment, or it is the Plan’s professional judgment that it is not in the best interests of the individual.

- **Current Spouse.** An individual's spouse is not automatically the individual's personal representative, for purposes of the HIPAA privacy rules, simply by virtue of the marriage. Under this Plan, we will honor the employee’s spouse as their personal representative for Plan benefit payment-type purposes and vice versa, **only if** each spouse appoints the other spouse as their personal representative by completing a form to Appoint a Personal Representative and submitting this form to the Privacy Officer, or if the Plan is presented with a notarized Health Care Power of Attorney document, or if the Plan is presented with a completed HIPAA-valid Authorization form. These forms are available on the Fund’s website under “Health/HIPAA forms” at <http://carpenterssw.org/forms-docs/>.
- **Parents and Guardians Deemed Personal Representatives of Unemancipated Minors.** The Plan will consider a parent, guardian, or other person acting in loco parentis as the Personal Representative of an unemancipated minor (a child generally under age 18) unless the applicable law requires otherwise. *In loco parentis* may be further defined by state law, but in general it refers to a person who has been treated as a parent by the child and who has formed a meaningful parental relationship with the child for a substantial period of time.
- **Authorization Needed for Adult Children.** If you have **dependent children age 18 and older** (e.g. students) covered under the Plan, and the child wants you, as the parent(s), to be able to access their PHI, that child will need to complete a form to **Appoint a Personal Representative** to designate you and/or your spouse as Personal Representatives. The form is available from the Privacy Officer or on the Fund’s website under “Health/HIPAA forms” at: <http://carpenterssw.org/forms-docs/>.

Sus Representantes Personales

Usted puede ejercitar los derechos de su información de salud protegida ("PHI") por la designación de un "representante personal". Se requiere que su representante personal estará obligado a presentar prueba de la autoridad para actuar en su nombre antes de que el representante personal se le dará acceso a su PHI o le permitirá tomar cualquier medida para usted.

Bajo este plan, la prueba de tal autoridad incluirá:

- (1) una forma completa, firmada y aprobada de nombrar a un representante personal (usted puede obtener esta forma en contacto con el Oficial de Privacidad a la dirección que aparece en la página 7 de este aviso o, encontrará la forma de la página web bajo "Salud / HIPAA formas" en <http://carpenterssw.org/forms-docs/>);
- (2) un poder notarial para el propósito de cuidado de salud; o
- (3) conservador o tutor designado por la corte

El Plan mantiene discreción de negar el acceso de Representante Personal a información de salud protegida ("PHI") de un individuo si el Plan tiene una creencia razonable de que el resultado podría ser de exponer a la persona a la violencia doméstica, el abuso, negligencia o puesta de peligro, o es el juicio profesional del Plan que no está en los mejores intereses del individuo.

- **Cónyuge Actual.** Cónyuge de un individuo no es automáticamente Representante Personal del individuo, por propósito de los efectos de las normas de privacidad de HIPAA, por el simple hecho del matrimonio. Bajo este Plan, vamos a cumplir con el cónyuge del empleado como su representante personal para los efectos del pago de beneficios del Plan y viceversa, sólo si cada cónyuge designa al otro cónyuge como su Representante Personal, completando le forma para designar un Representante Personal y enviar este forma al Oficial de Privacidad, o si el Plan se presenta con un documento de poder notarial para el propósito de cuidado de salud; o si el Plan se presenta con una forma de autorización de HIPAA válida y completa. Las formas están disponible en la página web de fideicomiso bajo "Health/HIPAA forms" en <http://carpenterssw.org/forms-docs/>.
- **Padres y Tutores Considerados Representantes Personales de Menores No Emancipados.** El Plan tendrá en cuenta uno de los padres, tutor u otra persona que actúe *in loco parentis* como Representante Personal de un menor no emancipado (generalmente un niño menor de 18 años) a menos que la ley aplicable exija otra cosa. En *in loco parentis* se puede definir aún más por la ley del estado, pero en general se refiere a una persona que ha sido tratado como un padre por el niño y que ha formado una relación significativa de los padres con el niño durante un período sustancial de tiempo.
- **Autorización Necesario Para Niños Adultos.** Si usted tiene **hijos a cargo mayores de 18 años** (por ejemplo, estudiantes) cubiertos por el Plan, y el niño quiere que usted, como el padre (s), tengan acceso a su PHI, ese niño tendrá que completar una forma para **Nombrar a un Representante Personal** para designar usted y / o su cónyuge como Representantes Personales. La forma es disponible del Oficial de Privacidad o en la página web del fideicomiso bajo "Health/HIPAA forms" en <http://carpenterssw.org/forms-docs/>.

Our Uses and Disclosures

How do we typically 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: We provide de-identified claims information to the Board of Trustees so that they may determine employer contribution rates.

Other Uses and Disclosures

Any other use or disclosure not described in the notice will only be made with your authorization. The Fund's authorization form is located at <http://carpenterssw.org/forms-docs/>

Revocation of Prior Authorization

You may revoke a prior authorization granted for psychotherapy notes, marketing, sales or any other authorized use and disclosure. The Fund's form to revoke a prior authorization is located at <http://carpenterssw.org/forms-docs/>

Nuestros usos y divulgaciones

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

Ayudar a controlar el tratamiento de cuidado de la salud que usted recibe

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que le estén proporcionando tratamiento.

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 llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención de salud y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar la información genética para decidir si le daremos la cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

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

Pagar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud.

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

Administrar su plan

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

Ejemplo: Proporcionamos información acerca de reclamaciones sin-identificación a la Junta de Fideicomisarios para que puedan determinar las tarifas de contribución del empleador.

Otros Usos y Divulgaciones

Cualquier otro uso o divulgación no descrita en el aviso se harán sólo con su autorización. La forma de autorización del Fideicomiso se encuentra en <http://carpenterssw.org/forms-docs/>

Revocación de Autorización Previa

Usted puede revocar una autorización previa otorgada para notas de psicoterapia, mercadeo, ventas o cualquier otro uso autorizado y de divulgación. La forma del Fideicomiso para revocar una autorización previa se encuentra en <http://carpenterssw.org/forms-docs/>

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 see:

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.

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

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 de salud). 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 disponible en español.

Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información de salud 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 seguridad de alguien.

Realizar investigaciones de salud

- 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

- Podemos compartir su información de salud con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información de salud 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 de salud:

- 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 militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

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

Our 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 may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a hard copy or electronic copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see:

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

Changes to the Terms of this Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, on our web site, and we will mail a copy to you.

Whom to contact at the Plan for more information:

If you have any questions regarding this notice or the subjects addressed in it, you may contact the Privacy Officer, specified below, at the Trust Fund Office:

1. Medical Plans

The Privacy Officer
Carpenters Southwest Administrative Corporation (CSAC)
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706
Phone: (213) 386-8590 or (800) 293-1370

2. Self-Funded Indemnity Prescription Drug Plan

(Administered by Express Scripts) Privacy Officer
Express Scripts Privacy Services Unit
P.O. Box 800
Franklin Lakes, NJ 07417
Phone: 1 (800) 939-7087

5386888v1/00539.062

ver. date 08/2015

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a 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 más información visite:

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

Cambios a los términos de esta notificación

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

A quien contactar en el Plan para más información:

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o los temas tratados en el mismo, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad, se especifica a continuación, en la Oficina del Fideicomiso:

1. Planes Médicos

The Privacy Officer
Carpenters Southwest Administrative Corporation (CSAC)
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706
Phone: (213) 386-8590 or (800) 293-1370

2. Plan de Indemnización Autofinanciados de Medicamentos Recetados

(Administered by Express Scripts) Privacy Officer
Express Scripts Privacy Services Unit
P.O. Box 800
Franklin Lakes, NJ 07417
Phone: 1 (800) 939-7087

5386888v1/00539.062

ver. date 08/2015