



# Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a los planes de beneficios de salud asegurados por Aetna. No se aplica a los planes que un empleador autofinancie. Si recibe beneficios de un plan de seguro de salud de grupo, su empleador le dirá si el plan es asegurado o autofinanciado. Si el plan es autofinanciado, usted puede solicitar una copia del aviso de privacidad de su empleador.

---

***Este aviso describe de qué manera puede usarse y divulgarse su información médica y de qué modo usted puede tener acceso a esa información.***

***Por favor lea este aviso atentamente.***

Aetna<sup>1</sup> considera que la información personal es confidencial. Protegemos la privacidad de esa información conforme a las leyes de privacidad federales y estatales, y a las políticas de privacidad de nuestra compañía.

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información al administrar sus beneficios. También explica sus derechos legales respecto de dicha información.

Con “información personal”, nos referimos a la información que lo identifica como persona, por ejemplo su nombre o número de seguro social, información financiera o de salud, y otra información sobre usted que no sea pública, que obtenemos para brindarle cobertura de seguro. Con “información de salud”, nos referimos a la información que lo identifica y que se relaciona con sus antecedentes médicos (por ejemplo, la atención de salud que recibe o los montos pagados por esa atención).

Este aviso entró en vigencia el 9 de octubre de 2018.

---

## De qué manera Aetna usa y divulga información personal

Para brindarle cobertura de seguro, necesitamos su información personal. Obtenemos dicha información de diferentes fuentes, en particular de usted, de su empleador o del patrocinador del plan de beneficios si corresponde, de otras compañías de seguros, de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) o administradores de terceros (TPA), y de proveedores de atención de salud. Al administrar sus beneficios de salud, quizá usemos y divulguemos su información personal de varias maneras; por ejemplo:

**Operaciones de atención de salud:** podemos usar y divulgar su información personal en el transcurso de nuestras actividades comerciales de salud, es decir, durante las actividades operativas. Estas pueden incluir evaluación y mejoramiento de la calidad; obtención de licencias; acreditación por parte de organizaciones independientes; medición del rendimiento y evaluación de resultados; investigación de servicios de salud; salud preventiva; manejo de enfermedades; manejo de casos y coordinación de atención. Por ejemplo, podemos usar la información para ofrecer programas de manejo de enfermedades a miembros que tienen enfermedades específicas, como diabetes, asma o insuficiencia cardíaca. Otras actividades operativas que requieren el uso y la divulgación de información incluyen la administración de reaseguros y reaseguro de exceso de siniestralidad (*stop loss*); evaluación y calificación; detección e investigación de fraude; administración de pagos y programas farmacéuticos; transferencias de pólizas o contratos realizadas entre nosotros y otros planes de salud; facilitación de una venta, transferencia, fusión o consolidación de Aetna, en forma total o parcial, y otra entidad (incluida la diligencia debida en relación con esa actividad); otras actividades administrativas generales, como el manejo de sistemas de datos e información, y servicios al cliente.

---

<sup>1</sup> A los efectos de este aviso, “Aetna” y las palabras “nosotros”, “nos” y “nuestro” se refieren a todas las HMO y compañías de seguros autorizadas subsidiarias de Aetna Inc., incluidas las entidades que figuran en la última página del aviso. Estas entidades se designan como una única entidad afiliada cubierta por razones de privacidad federal.

**Pago:** para ayudar a pagar los servicios cubiertos, podemos usar y divulgar información personal de distintas maneras con el objetivo de realizar revisiones de utilización y necesidad médica; coordinar atención; determinar elegibilidad; establecer el cumplimiento del formulario; cobrar primas; calcular los montos de costo compartido; responder apelaciones, quejas y solicitudes de revisión externa. Por ejemplo, podemos usar su historia clínica y cualquier otra información sobre su salud para decidir si un determinado tratamiento es médicamente necesario y cuál debería ser el monto de pago. Además, es posible que, durante el proceso, divulguemos información a su proveedor. También enviamos formularios de explicación de beneficios y otra información a la dirección que tenemos registrada del solicitante (es decir, el principal asegurado). También usamos la información personal para obtener el pago por los servicios de farmacia de órdenes por correo que le hayamos brindado.

**Tratamiento:** podemos divulgar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y demás proveedores de atención de salud que le brindan atención. Por ejemplo, es posible que los médicos nos soliciten información médica para completar sus propios registros. También podemos usar la información personal al brindar servicios de farmacia de órdenes por correo y al enviar determinada información a médicos para la seguridad del paciente o por otras razones relacionadas con el tratamiento.

**Divulgación a otras entidades cubiertas:** podemos divulgar información personal a otras entidades cubiertas o a socios comerciales de esas entidades en relación con tratamientos, pagos y ciertas operaciones de atención de salud. Por ejemplo, si usted recibe beneficios de un plan de seguro de salud de grupo, podemos divulgar información personal a otros planes de salud que su empleador contrate, siempre que haya sido acordado, para que podamos recibir el reembolso de determinados gastos.

### **Razones adicionales para divulgar información**

Podemos usar o divulgar su información de salud para brindarle alternativas de tratamiento, recordatorios sobre tratamientos u otros servicios y beneficios relacionados con la salud. También podemos divulgar esa información con el objetivo de respaldar a los enumerados a continuación, en los siguientes casos:

- **Administración del plan:** a su empleador (en el caso de planes de seguro de salud de grupo), cuando se nos informe que se incluyó en los documentos de su plan el texto correspondiente a tal fin o cuando se divulgan datos resumidos para cotizar o modificar un plan de salud de grupo.
- **Investigaciones:** a investigadores, siempre que se tomen medidas para proteger su privacidad.
- **Socios comerciales:** a las personas que nos brindan servicios y que nos aseguran que protegerán la información.
- **Regulación de la industria:** a los departamentos estatales de seguros, a los comités de farmacia, a la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y a las demás agencias del gobierno que nos regulan.
- **Indemnización a trabajadores:** para cumplir con las leyes de indemnización a trabajadores.
- **Cumplimiento de la ley:** a funcionarios locales, estatales y federales responsables del cumplimiento de la ley.
- **Procedimientos legales:** en respuesta a órdenes judiciales u otros procesos establecidos por ley.
- **Bienestar público:** para tratar cuestiones de interés público según lo permita o lo requiera la ley (por ejemplo, en casos de abuso infantil y negligencia de menores; amenazas a la salud y seguridad públicas; y en relación con la seguridad nacional).
- **Según lo requiere la ley:** para cumplir con las obligaciones y requisitos legales.
- **Difuntos:** a un forense o examinador médico a fin de identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o según lo autorice la ley; y a directores fúnebres según sea necesario para que lleven a cabo sus tareas.
- **Obtención de órganos:** para responder a grupos de donación de órganos a fin de facilitar donaciones y trasplantes.

**Divulgaciones obligatorias:** Tenemos la **obligación** de usar y divulgar su información personal de la siguiente manera:

- a usted o una persona con el derecho legal a actuar en su nombre (su representante personal) a fin de administrar sus derechos tal como se describe en esta notificación;
- al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, según sea necesario, para el cumplimiento y la aplicación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA).

## **Divulgación a otras personas que participan en su atención de salud**

Podemos divulgar su información personal a un familiar o un amigo, al solicitante de su plan de beneficios de salud o a cualquier otra persona que usted nos indique, siempre que la información tenga relación directa con la participación de dicha persona en su atención de salud o en el pago de ella. Por ejemplo, si nos llama un familiar o una persona encargada de brindarle cuidados con conocimiento previo sobre un reclamo, podemos confirmar si se recibió y pagó el reclamo. Usted tiene derecho a detener o limitar este tipo de divulgación. Para ello, llame al número gratuito del Departamento de Cumplimiento de las Normas de Privacidad al **1-800-264-4000**.

Si es menor de edad, es posible que tenga derecho a bloquear el acceso de sus padres a su información de salud en determinadas circunstancias, siempre que lo permita la ley estatal. Puede comunicarse con nosotros al número gratuito del Departamento de Cumplimiento de las Normas de Privacidad al **1-800-264-4000** o puede solicitarle a su proveedor que se comunique con nosotros.

## **Circunstancias en las que el uso y la divulgación de información requieren su autorización escrita**

Solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información personal en cualquier situación, excepto en aquellas descritas anteriormente. Por ejemplo, obtendremos su autorización en los siguientes casos:

- para fines de mercadeo que no estén relacionados con su(s) plan(es) de beneficios;
- antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia;
- en cuestiones relacionadas con la venta de su información de salud; y
- por otros motivos, según lo exigido por ley.

Si nos otorgó una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento, siempre que no hayamos actuado conforme a esta. Si tiene preguntas sobre las autorizaciones, llame al número gratuito del Departamento de Cumplimiento de las Normas de Privacidad al **1-800-264-4000**.

## **Sus derechos conforme a la ley**

Las regulaciones federales de privacidad le otorgan varios derechos sobre su información de salud.

- Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, si está cubierto como adulto dependiente, puede solicitarnos que le enviemos la información de salud (p. ej., la *Explicación de beneficios* (EOB) y otro tipo de información sobre los reclamos) a una dirección diferente de la del solicitante. Tendremos en cuenta las solicitudes razonables.
- Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la manera en que usamos o divulgamos su información de salud relacionada con tratamientos, pagos y operaciones de atención de salud. Consideraremos esas solicitudes, aunque podemos estar en desacuerdo con estas. Usted también tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la divulgación de información a las personas que participan en su atención de salud.
- Usted tiene derecho a solicitar que obtengamos una copia de la información de salud que se encuentra en un “grupo designado de registros”, registros médicos y de otro tipo que se guardan y se usan para tomar decisiones sobre inscripción, pago, adjudicación de reclamos y administración médica, entre otras. Es posible que le pidamos que realice su solicitud por escrito, que le cobremos una tarifa razonable por la realización y el envío de las copias, y que, en ciertos casos, rechacemos la solicitud.
- Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos información de salud que se encuentra en un “grupo designado de registros”. Debe realizar la solicitud por escrito y debe especificar el motivo de dicha solicitud. Si rechazamos la solicitud, puede presentar una declaración de desacuerdo por escrito.
- Usted tiene derecho a solicitar que brindemos una lista de determinadas divulgaciones que hayamos hecho sobre usted, como divulgación de información de salud a las agencias del gobierno que nos autorizan a hacerlo. Debe realizar la solicitud por escrito. Si solicita ese informe más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable.
- Usted tiene derecho a ser notificado después de una violación en relación con su información de salud.
- Usted tiene derecho a conocer los motivos de una evaluación de riesgo desfavorable. Las evaluaciones de riesgo desfavorables anteriores no pueden utilizarse para fundar las evaluaciones de riesgo futuras, a menos que realicemos una evaluación independiente de la información básica. Su información genética no puede utilizarse con fines de evaluación de riesgos.
- Usted tiene derecho, salvo contadas excepciones, a no estar sujeto a entrevistas fraudulentas.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Nosotros no realizamos entrevistas fraudulentas.

Puede realizar cualquiera de las solicitudes descritas anteriormente, solicitar una copia impresa de este aviso o hacer preguntas sobre este aviso llamando al número gratuito **1-800-264-4000**.

También tiene derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Para ello, envíe su solicitud a la siguiente dirección:

**HIPAA Member Rights Team  
P.O. Box 14079  
Lexington, KY 40512-4079**

Usted puede detener el envío por correo de la EOB y otro tipo de información sobre los reclamos visitando el sitio en Internet [www.aetna.com](http://www.aetna.com) y haciendo clic en "Log In/Register" (Ingresar/registrarse). Siga las instrucciones para registrarse por única vez. Luego puede iniciar sesión para ver copias anteriores de las EOB y de otros tipos de información sobre los reclamos.

También puede escribir a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se lo sancionará por presentar una queja.

### **Obligaciones legales de Aetna**

De acuerdo con las regulaciones federales de privacidad, es nuestra obligación mantener la confidencialidad de su información personal, notificarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y cumplir con los términos del aviso actualmente vigente.

### **Protegemos su información**

Empleamos medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas para proteger su información de cualquier acceso no autorizado y de todo aquello que constituya una amenaza y peligro para la seguridad e integridad de esta. Cumplimos con todas las leyes federales y estatales aplicables en relación con la seguridad y la confidencialidad de la información personal.

### **Este aviso está sujeto a cambios**

Podemos cambiar los términos de este aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. En ese caso, los nuevos términos y políticas se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted y a toda la información que recibamos o que tengamos en el futuro.

Tenga en cuenta que si deja de tener cobertura de Aetna, no destruiremos la información personal. Es posible que sea necesario usar y divulgar esta información con los objetivos anteriormente descritos, incluso después de que termine su cobertura. Sin embargo, seguiremos aplicando políticas y procedimientos para protegerlo del uso o de la divulgación inadecuados.

***La cobertura puede estar asegurada o administrada por una o más de las siguientes compañías: Aetna Health Inc.; Aetna Health of California Inc.; Aetna Dental of California Inc.; Aetna Dental Inc.; Aetna Life Insurance Company; Aetna Insurance Company of Connecticut; Aetna Health Insurance Company of New York; American Continental Insurance Company; Continental Life Insurance Company of Brentwood; Tennessee y Corporate Health Insurance Company; Aetna Health y Life Insurance Company; Aetna Health Insurance Company; Coventry Health y Life Insurance Company y First Health Life y Health Insurance Company. Los servicios de farmacia de órdenes por correo pueden ser brindados por Aetna Rx Home Delivery, LLC.***

Aetna Life Insurance Company, Coventry Health and Life Insurance Company y First Health Life and Health Insurance Company cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como los siguientes:
  - intérpretes del lenguaje de señas calificados;
  - información escrita en distintos formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, en otros formatos).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al 1-800-264-4000.

Si cree que Aetna no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una reclamación: Aetna Medicare Grievance Department, P.O. Box 14067, Lexington, KY 40512. También puede presentar una reclamación llamando al 1-855-348-1369. También puede presentar una queja sobre los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. También puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles de Aetna por teléfono, al 1-855-348-1369; por correo electrónico, a [MedicareCRCoordinator@aetna.com](mailto:MedicareCRCoordinator@aetna.com); o por correo postal, a Aetna Medicare Grievance Department, ATTN: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14067, Lexington, KY 40512.

#### **TTY: 711**

#### **ENGLISH:**

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available. Visit our website at [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) or call the phone number listed in this material.

#### **ESPAÑOL (SPANISH):**

ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web en [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) o llame al número de teléfono que se indica en este material.

#### **简体中文(CHINESE):**

请注意：如果您说中文，您可以获得免费的语言援助服务。访问我们的网站[www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com)或致电本材料中列出的电话号码。

#### **繁體中文(CHINESE):**

請注意：如果您說中文，您可以獲得免費的語言協助服務。請造訪我們的網站[www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com)或致電本材料中所列的電話號碼。

**TAGALOG (TAGALOG - FILIPINO):**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuhang libreng tulong na serbisyo para sa wika. Puntahan ang aming website sa [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) o tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa materyales na ito.

**FRANÇAIS (FRENCH):**

ATTENTION : Si vous parlez le français, des services gratuits d'aide linguistique sont disponibles. Visitez notre site Web à l'adresse [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) ou appelez le numéro de téléphone indiqué dans ce document.

**TIẾNG VIỆT (VIETNAMESE):**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin truy cập trang web của chúng tôi tại [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) hoặc gọi số điện thoại ghi ở tài liệu này.

**DEUTSCH (GERMAN):**

ACHTUNG: Wenn Sie deutsch sprechen, steht ein kostenloser Dolmetscherservice zur Verfügung. Besuchen Sie unsere Website unter [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) oder rufen Sie unter der in diesem Dokument aufgeführten Telefonnummer an.

**한국어 (KOREAN):**

주의: 한국어를 하시는 분들을 위해 무료 통역 서비스가 제공됩니다. [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) 에서 웹사이트를 방문하거나 본 자료에 제공된 전화번호로 문의해 주시기 바랍니다.

**РУССКИЙ (RUSSIAN):**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Посетите наш веб-сайт по адресу [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) или позвоните по телефону, указанному в этом документе.

**العربية (ARABIC):**

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية سوف تتوفر لك مجانًا. تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص بنا [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) أو اتصل برقم الهاتف الموضح في هذا المستند.

**हिंदी (HINDI):**

ध्यान दें: अगर आप बात करने में सक्षम हैं हिंदी, तो न शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) पर विजिट करें या इस सामग्री में सूचीबद्ध फोन नंबर पर कॉल करें।

**ITALIANO (ITALIAN):**

ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visita il nostro sito web [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) o chiama il numero telefonico elencato di seguito.

**PORTUGUÊS (PORTUGUESE):**

ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de ajuda para esse idioma estão disponíveis. Visite nosso site [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) ou ligue para o número listado neste material.

**KREYOL AYISYEN (FRENCH CREOLE):**

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd gratis nan lang ki disponib pou ou. Ale sou sitwèb nan [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) oswa rele nimewo telefòn ki endike nan dokiman sa a.

**POLSKI (POLISH):**

UWAGA! Osoby mówiące po polsku, mogą skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Proszę wejść na naszą stronę internetową [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) lub zadzwonić pod numer telefonu podany w tym materiale.

**日本語 (JAPANESE):**

ご注意：日本語を話す方を対象に、無料の言語支援サービスを用意しております。当社ウェブサイト [www.aetnaseniorproducts.com](http://www.aetnaseniorproducts.com) をご覧いただくか、本書に記載の電話番号までお電話ください。