



# Aviso de prácticas de privacidad

Para recibir esta notificación en español por favor llamar al número gratuito de Member Services (Servicios a Miembros) que figura en su tarjeta de identificación.

若要以西班牙文或中文接收本通知，請致電 ID 卡上的會員服務部免付費電話。

To receive this Notice in Spanish or Chinese, please call the toll-free number on your member ID card.

## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.**

En este *Aviso de prácticas de privacidad* (Aviso), se describen las prácticas de privacidad de Aetna Life Insurance Company (en este documento, también se pueden utilizar las palabras “Aetna”, “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as” para hacer referencia a dicha compañía). También rigen para los miembros que conforman su entidad afiliada cubierta (“ACE de Aetna”). Se trata de un grupo de entidades cubiertas y proveedores del cuidado de la salud, el cual nos pertenece o está bajo nuestro control. Los miembros que lo conforman se reconocen como una entidad única en cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA).

Los miembros de la ACE de Aetna pueden compartir información protegida de salud entre ellos. Esto se permite con fines relacionados con tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de salud de dicha entidad y en cumplimiento con lo estipulado por la HIPAA y este Aviso.

Aetna Life Insurance Company y las subsidiarias y entidades filiales de su plan de salud son parte de la ACE de Aetna. Para consultar una lista completa de los miembros de la ACE de Aetna, comuníquese con la Oficina de Privacidad de CVS Health®.

### **Este Aviso rige para los planes asegurados**

Este *Aviso de prácticas de privacidad* corresponde a los planes de beneficios de salud asegurados por Aetna. No se aplica a ningún plan que sea autofinanciado por un empleador. Si usted tiene cobertura en el lugar de trabajo, pregúntele a su empleador si su plan está asegurado o es autofinanciado. Si es autofinanciado, solicítele al empleador una copia de su aviso de privacidad.

---

### **Fecha de entrada en vigor**

**Este Aviso entró en vigor el 9 de octubre de 2018. Se actualizó el 11 de agosto de 2021.**

---

En este documento, se describe lo siguiente:

- Qué clase de información recopilamos sobre usted.
- Cómo usamos y compartimos su información.
- Cuándo debemos divulgar su información.
- Cuándo podemos compartir su información con quienes participan en su cuidado.
- Cuándo necesitamos su autorización para usar o divulgar su información.
- Sus derechos conforme a la ley.
- Cómo mantenemos segura su información.
- Cómo cumplimos con la ley.
- Cuándo puede cambiar este Aviso.

## **Qué clase de información recopilamos sobre usted**

Recopilamos información sobre su persona de diversas fuentes, incluso de usted mismo. Del mismo modo, podemos obtenerla de su empleador o del patrocinador de su plan de beneficios (si corresponde); de otras compañías de seguros; de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) o de administradores externos; y de proveedores del cuidado de la salud, por ejemplo, médicos.

Esto constituye información protegida de salud (PHI) y consta de información personal que podría identificarlo, pero que no es de carácter público. También abarca información sobre su salud, sus enfermedades y sus medicamentos con receta.

Puede incluir lo siguiente:

- datos demográficos (como su nombre o dirección);
- información detallada sobre su salud (como la historia clínica);
- resultados de exámenes (como una prueba de laboratorio);
- información sobre el seguro (como su número de identificación de miembro);
- otros datos que se utilizan para identificarlo o que están relacionados con su cuidado de salud o su cobertura médica.

## **Cómo usamos y compartimos su información**

Al brindarle los beneficios de salud, podemos usar y divulgar su PHI de varias maneras. Por ejemplo:

**Operaciones de cuidado de salud.** Podemos usar y compartir su PHI en operaciones relacionadas con el cuidado de salud. Son prácticas necesarias para la prestación de nuestros servicios de salud, incluidas las siguientes:

- evaluación y mejora de la calidad;
- concesión de licencias;
- acreditación por parte de organizaciones independientes;
- medición del desempeño y evaluación de resultados;
- investigación de servicios de salud;
- salud preventiva, manejo de casos y enfermedades, y coordinación del cuidado.

Por ejemplo, podemos usar su PHI a fin de ofrecer programas para ciertas enfermedades, como diabetes, asma o insuficiencia cardíaca. También podemos utilizarla en otras operaciones que requieran que se use y divulgue su información, como las siguientes:

- administración de reaseguros y exceso de siniestralidad;
- evaluación de riesgos y calificación;
- investigación de fraudes;
- gestión de programas farmacéuticos y pagos;
- transferencia de pólizas o contratos desde y hacia otros planes de salud;
- ejecución de ventas, transferencias, fusión o consolidación total o parcial de Aetna con otra entidad (que incluye la diligencia debida en relación con esa actividad);
- ejecución de otras actividades administrativas generales (incluido el manejo de sistemas de datos e información, y servicios al cliente).

**Pago.** Para ayudar a pagar sus servicios cubiertos, es posible que usemos y divulguemos PHI cuando nos ocupemos de lo siguiente:

- analizar la utilización y la necesidad médica;
- coordinar el cuidado;
- determinar el cumplimiento con los requisitos;
- definir el cumplimiento según la *Lista de medicamentos (Formulario)*;
- recaudar sus pagos de primas;
- calcular los montos de costo compartido;
- dar respuesta a quejas, apelaciones y solicitudes de revisiones externas.

Llevamos a cabo estas tareas para garantizar que pagamos su cuidado de la forma correcta.

Es posible que utilicemos sus antecedentes médicos y otra PHI para decidir si un tratamiento es médicamente necesario y cuál deberá ser el pago. Durante este proceso, es posible que compartamos información con su proveedor del cuidado de la salud.

También podemos enviar por correo la *Explicación de beneficios (EOB)* y otra información a la dirección del suscriptor (es decir, el principal asegurado) que figura en nuestros registros. Además, ponemos a disposición del suscriptor y de todos los dependientes cubiertos la información sobre el estado de los reclamos realizados tanto en nuestro sitio web seguro para miembros como por teléfono. Es posible también que utilicemos la PHI para obtener el pago de algún servicio de farmacia de órdenes por correo que usted reciba.

**Tratamiento.** Es posible que compartamos PHI con los proveedores del cuidado de la salud que se ocupen de usted, como médicos, dentistas, farmacias y hospitales. En ocasiones, los médicos pueden solicitarnos su información médica para asentarla en sus propios registros.

También podemos usar su información para brindarle servicios de farmacia de órdenes por correo. Asimismo, podemos compartir cierta información en pro de la seguridad del paciente u otros motivos relacionados con su tratamiento.

**Divulgación de información a otras entidades cubiertas.** Es posible que compartamos su PHI con otras entidades cubiertas o sus socios comerciales. Puede ser con fines de tratamientos, pagos o determinadas operaciones de cuidado de salud.

Por ejemplo, usted puede recibir beneficios de salud a través de un empleador. De ser así, podemos compartir tal información con otros planes de salud que su empleador ofrezca. Lo hacemos para garantizar que pagamos sus reclamos de la forma correcta.

### **Motivos adicionales para divulgar información**

Podemos usar o compartir su PHI al brindarle alternativas de tratamiento, recordatorios de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Es posible que también divulguemos dicha información para lo siguiente:

- **Administración del plan** (para los planes de grupo): A su empleador, cuando corresponda y se nos haya informado que se incluyó información al respecto en los documentos de su plan, o cuando se divulguen datos resumidos para ayudar a licitar o enmendar un plan de salud de grupo.
- **Investigaciones:** A investigadores, siempre que se tomen medidas para proteger la privacidad del miembro.
- **Socios comerciales:** A personas que nos prestan servicios y garantizan que protegerán la información.
- **Regulación de la industria:** A las agencias gubernamentales que nos regulan (departamentos de seguro estatales de los EE. UU. y de otros países).
- **Indemnización a trabajadores:** Para cumplir con las leyes de indemnización a trabajadores.
- **Cumplimiento de la ley:** A funcionarios encargados del cumplimiento de la ley.
- **Procedimientos legales:** En respuesta a una orden judicial u otros procesos que establece la ley.
- **Bienestar público:** Para abordar asuntos de interés público, según lo exija o permita la ley (por ejemplo, maltrato o abandono infantil, amenazas contra la salud y seguridad públicas, y seguridad nacional).
- **Exigencias de la ley:** Para cumplir con obligaciones y requisitos legales.

**Continúa**

- **Difuntos:** A un forense o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o según lo autorice la ley; y a directores fúnebres, según sea necesario para llevar a cabo sus tareas.
- **Procuración de órganos:** Para responder a grupos de donación de órganos con el fin de facilitar la donación y el trasplante.

### **Cuándo debemos divulgar su información**

Hay momentos en que debemos compartir la PHI. Cuando la situación lo requiera, divulgaremos la información a los siguientes individuos o entidades:

- Usted u otra persona que tenga el derecho legal a actuar en su nombre. Esta persona es su “representante personal”. El objetivo es colaborar con la administración de sus derechos, tal como se detalla en este Aviso.
- El Departamento de Salud y Servicios Humanos. Es posible que lo hagamos porque lo exige la HIPAA. El departamento puede recopilar ese tipo de información en cumplimiento con dicha ley.

### **Cuándo podemos compartir su información con quienes participan en su cuidado**

Es posible que compartamos su PHI con personas que participan en su cuidado de salud. También podemos hacerlo con los responsables del pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama para consultar sobre un reclamo, podemos informarle en qué etapa se encuentra. Usted tiene derecho a interrumpir o limitar este tipo de intercambio (divulgación). Para hacerlo, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Si es menor de edad, podrá impedir que sus padres tengan acceso a su información de salud en determinados casos, siempre y cuando lo permita la ley estatal. Llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro. O bien pídale a su proveedor que hable con nosotros.

### **Cuándo necesitamos su autorización para usar o divulgar su información**

Si no hemos descrito alguna circunstancia de uso o divulgación más arriba, deberá darnos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI. Por ejemplo, le solicitaremos su autorización en los siguientes casos:

- Con fines de comercialización que no estén relacionados con sus planes de beneficios.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- En relación con la venta de su PHI.
- Por otros motivos, según lo exigido por ley.

Si usted nos otorgó una autorización, puede revocarla en cualquier momento. Solo debe informarnos por escrito. Si aún no la hemos usado, dejaremos de usar o compartir su información con ese fin. Si tiene preguntas sobre el permiso por escrito, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

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

En virtud de las leyes federales de privacidad, tiene derechos en lo que respecta a su PHI. Tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitarnos que nos comuniquemos con usted de la forma o en el lugar que elija. Por ejemplo, si tiene cobertura como adulto dependiente, es posible que quiera que le enviemos su información de salud, como la *EOB*, a una dirección distinta de la de su suscriptor. Si sus pedidos son razonables, los aceptaremos.
- Solicitarnos que limitemos la forma en la que usamos o compartimos su información cuando se trata de operaciones de cuidado de salud, pagos y tratamiento. Consideraremos dichas solicitudes, pero podemos no estar de acuerdo. Además, tiene derecho a solicitarnos que limitemos el intercambio de información con personas que participan en su cuidado de salud.

**Continúa**

- Requerir una copia de la PHI que es parte de un “conjunto de expedientes designado”. Este puede incluir registros médicos, además de otros registros que guardamos y utilizamos para lo siguiente:
  - inscripciones;
  - pagos;
  - procesamiento de reclamos.
  - administración médica;
  - otras decisiones.

Es posible que le pidamos que realice la solicitud por escrito y que le cobremos una tarifa razonable por generar y enviar las copias. En ocasiones, podemos rechazar la solicitud.

- Solicitarnos que enmendemos su PHI. Debe pedirlo por escrito e incluir el motivo. Si rechazamos su pedido, puede escribirnos para informarnos que no está de acuerdo.
- Solicitarnos que le brindemos una lista con determinadas divulgaciones que realizamos sobre usted, como PHI que compartimos con agencias gubernamentales que nos otorgan licencias. Esto se denomina “explicación”. Debe pedirla por escrito. Si nos pide este tipo de lista más de una vez en doce meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable.
- Ser notificado cuando ocurra una violación de su PHI.
- Conocer los motivos para no otorgar una póliza de seguro o de alguna otra decisión de aseguramiento desfavorable. Si le negaron una póliza anteriormente, no podemos usar esa información en el proceso de toma de decisiones. Debemos analizar los hechos de forma independiente. Tampoco podemos usar su información genética para decidir si debemos emitir una póliza o para otros fines de aseguramiento.
- Las compañías de seguros no pueden participar en entrevistas fraudulentas, salvo en algunos casos, como sospecha de fraude o actividades delictivas. No participamos en estas entrevistas.

Puede presentar cualquiera de las solicitudes (si corresponde), pedir una copia impresa de este Aviso o hacer preguntas al respecto. Para ello, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

También tiene derecho a presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Para hacerlo, envíe una carta a la siguiente dirección:

**Aetna HIPAA Member Rights Team**  
**PO Box 14079**  
**Lexington, KY 40512-4079**  
**Fax: 859-280-1272**

Para detener el envío en papel de su *EOB* y otra información sobre reclamos, visite **AetnaMedicare.com**. Haga clic en “Log in” (Inicio de sesión). Siga las instrucciones para registrarse por única vez. Luego, podrá iniciar sesión en cualquier momento para consultar la *EOB* y otra información sobre reclamos.

También puede escribirle al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se aplican sanciones por presentar una queja.

## **Cómo mantenemos segura su información**

Empleamos medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas para proteger su información contra acceso no autorizado, y otras amenazas y peligros que atentan contra su seguridad e integridad. Cumplimos con todas las leyes estatales y federales correspondientes relacionadas con la seguridad y confidencialidad de la PHI.

Aunque finalice su cobertura con nosotros, no destruimos esta información. Es posible que debamos usarla y compartirla incluso después de finalizada la cobertura. (En este documento, se describen los motivos para su uso o intercambio). Seguiremos protegiendo su información contra el uso o la divulgación inapropiados.

## **Cómo cumplimos con la ley**

Conforme a las leyes federales de privacidad, debemos mantener la confidencialidad de su PHI. También debemos informarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. De igual manera, debemos cumplir con los términos del Aviso que esté vigente.

## **Cuándo puede cambiar este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este Aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. De hacerlo, los nuevos términos y políticas entrarán en vigor para toda la información que ya tenemos sobre usted. Además, regirán para toda la información que podamos recibir o generar en el futuro.

Y0001\_NR\_26396\_2021\_SP\_C

La cobertura puede ser asegurada o administrada por una o más de las siguientes compañías: Aetna Better Health Inc.; Aetna Health Inc.; Aetna Health of California Inc.; Aetna Health of Utah Inc.; Aetna Health of Iowa Inc.; Aetna Life Insurance Company; planes de Coventry Health Care; planes de Aetna Better Health; Coventry Health and Life Insurance Company; HealthAssurance Pennsylvania, Inc.; planes de Innovation Health y Alina Health and Aetna Insurance Company. Los servicios de farmacia de órdenes por correo pueden ser proporcionados por Caremark L.L.C. o una o más de sus subsidiarias o filiales.

©2021 Aetna Inc.

Cumplimos con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Tampoco excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
- Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- 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 a Servicios al Cliente, al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación para los beneficios.

Si cree que no brindamos estos servicios o se lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro Departamento de Quejas Formales (escriba a la dirección que figura en la *Evidencia de cobertura*). También puede presentar una queja formal por teléfono, llamando al número de Servicios al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación para los beneficios (TTY: 711). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a Servicios al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación para los beneficios.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., a través de este sitio web: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf).

Si no habla inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Español)

Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Spanish)

如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。(Traditional Chinese)

Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Bisitahin ang aming website o tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa dokumentong ito. (Tagalog)

Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique gratuits vous sont proposés. Visitez notre site Internet ou appelez le numéro indiqué dans ce document. (French)

Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác với Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin vào trang mạng của chúng tôi hoặc gọi số điện thoại ghi trong tài liệu này. (Vietnamese)

Wenn Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Besuchen Sie unsere Website oder rufen Sie die Telefonnummer in diesem Dokument an. (German)

영어가 아닌 언어를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 저희 웹사이트를 방문하시거나 본 문서에 기재된 전화번호로 연락해 주십시오. (Korean)

Если вы не владеете английским и говорите на другом языке, вам могут предоставить бесплатную языковую помощь. Посетите наш веб-сайт или позвоните по номеру, указанному в данном документе. (Russian)

إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة. تفضل بزيارة موقعنا على الويب أو اتصل برقم الهاتف المدرج في هذا المستند. (Arabic)

अगर आप अंग्रेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट पर जाएं या इस दस्तावेज़ में दिए गए फोन नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Nel caso Lei parlasse una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visiti il nostro sito web oppure chiami il numero di telefono elencato in questo documento. (Italian)

Caso você seja falante de um idioma diferente do inglês, serviços gratuitos de assistência a idiomas estão disponíveis. Acesse nosso site ou ligue para o número de telephone presente neste documento. (Portuguese)

Si ou pale yon lòt lang ki pa Anglè, wap jwenn sèvis asistans pou lang gratis ki disponib. Vizite sitwèb nou an oswa rele nan nimewo telefòn ki make nan dokiman sa a. (Haitian Creole)

Jeżeli nie posługują się Państwo językiem angielskim, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Proszę odwiedzić naszą witrynę lub zadzwonić pod numer podany w niniejszym dokumencie. (Polish)

英語をお話しにならない方は、無料の言語支援サービスを受けることができます。弊社のウェブサイトアクセスするか、または本書に記載の電話番号にお問い合わせください。 (Japanese)

Nëse nuk flisni gjuhën angleze, shërbime ndihmëse gjuhësore pa pagesë janë në dispozicioni n tuaj. Vizitoni faqen tonë në internet ose merrni në telefon numrin e telefonit në këtë dokument. (Albanian)

ከእንግሊዝኛ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይቻላል። የእኛን ድረ-ገጽ ይጎብኙ ወይም በዚህ ስነድ ላይ የተዘረዘረውን ስልክ ቁጥር በመጠቀም ይደውሉ። (Amharic)

Եթե խոսում եք անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով, ապա Ձեզ համար հասանելի են լեզվակալան աջակցման անվճար ծառայություններ: Այցելեք մեր վեբ կայքը կամ զանգահարեք այս փաստաթղթում նշված հեռախոսահամարով: (Armenian)

যদি আপনি ইংরেজী ব্যতীত অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন তাহলে বিনামূল্যের দোভাষীর পরিষেবা উপলব্ধ আছে। আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন এবং এই নথিতে তালিকাভুক্ত ফোন নম্বরে ফোন করুন। (Bengali)

បើលោកអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងឬ ឬហៅទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទដែលមាននាយនៅក្នុងឯកសារនេះ។ (Khmer)

Ako govorite neki jezik koji nije engleski, dostupne su besplatne jezičke usluge. Posetite našu internet stranicu ili nazovite broj telefona navedenog u ovom dokumentu. (Serbo-Croatian)



