



# Aviso de prácticas de privacidad

Este Aviso de prácticas de privacidad corresponde a la tarjeta de débito FSA de Aetna.

---

***Por estos medios se describe como la información médica que tenemos sobre usted podría ser usada y revelada y como usted puede tener acceso a dicha información.***

***Por favor revise ésta información detalladamente.***

Aetna<sup>1</sup> considera que la información personal tiene que ser tratada confidencialmente. Nosotros protegemos la privacidad de dicha información de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad, así como por medio de nuestras propias políticas de privacidad.

Éste aviso describe como pudiéramos usar y revelar la información que tenemos sobre usted para la administración de sus beneficios y explica sus derechos legales con respecto a ésta información.

Cuando usamos el término “información personal”, queremos decir información financiera o sobre la salud y otra información sobre usted que no es para conocimiento público, la cual obtenemos con el fin de proporcionarle servicios de la tarjeta de débito FSA. Con “información sobre la salud”, queremos decir información que lo identifica a usted y que está relacionada con su historial médico (por ejemplo, la atención médica que usted recibe o las sumas pagadas por dicha atención).

Esta notificación se encuentra vigente desde el 25 de Octubre de 2006.

---

## **Cómo Aetna usa y revela la información personal**

Para proporcionarle servicios de la tarjeta de débito FSA, necesitamos información personal sobre usted, y obtenemos esa información de diferentes fuentes, en particular de su empleador o patrocinadores del plan de beneficios, de otros aseguradores, de planes HMO o de administradores externos y de proveedores de atención médica. Cuando sea necesario para la administración de su tarjeta de débito FSA, podríamos usar y revelar la información personal que tenemos sobre usted de varias maneras, incluyendo:

**Diligencias de la atención médica:** Podríamos usar y revelar información personal durante el curso de nuestro negocio de atención médica, es decir, al realizar las diligencias tales como para evaluar y mejorar la calidad; licencia; para el proceso de acreditación realizado por organizaciones independientes; para evaluar el funcionamiento y los resultados obtenidos; para servicios de investigación médica; para la detección e investigación de fraude; para la administración de programas farmacéuticos y el pago de los mismos; para la transferencia de

---

<sup>1</sup> Para propósito de este aviso, “Aetna” y los pronombres “nosotros” y “nuestros”, se refieren a Aetna Inc., Aetna Life Insurance Company y nuestra farmacia de pedido por correo. Esta y otras entidades de Aetna han sido designadas como entidad cubierta afiliada única para propósitos de privacidad federal.

pólizas o contratos de un plan médico a otro; para facilitar la venta, transferencia, fusión o consolidación de toda Aetna con otra entidad o de una parte de ella (incluyendo los trámites necesarios para ejecutar dicha actividad); y para otras actividades administrativas generales, incluyendo la administración de nuestros sistemas de datos e información y al brindar servicios al cliente.

**Pago:** Para facilitar el pago de los servicios cubiertos, podríamos usar y revelar información personal de varias maneras: para calcular las cantidades por las cuales se va a compartir el costo; y responder a quejas, apelaciones y solicitudes de revisión externa. Por ejemplo, podríamos usar su historial médico y otra información relativa a su salud para determinar lo que debe ser el pago, y durante ese proceso, podríamos revelar información a su proveedor. También podríamos enviar por correo los formularios que proporcionan una explicación sobre los pagos (*Explanation of Payments*) así como otro tipo de información a la dirección que obra en nuestros archivos para el titular de la tarjeta. Además, el titular de la tarjeta y todos los dependientes cubiertos tienen acceso a información sobre las reclamaciones en el Internet a través de *Aetna Navigator*<sup>TM</sup> y por vías telefónicas dedicadas a este fin. También usamos información personal para obtener el pago de los servicios de pedidos farmacéuticos hechos por correo que le fueron provistos.

**Tratamientos:** La función del programa de tarjeta de débito FSA es únicamente para el pago de los gastos relacionados a la salud. Mientras que el programa de tarjeta de débito FSA no involucra la autorización de tratamiento ni la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, puede haber casos en los que sea necesario que divulguemos información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores médicos que se ocupan de su salud. Por ejemplo, en caso de una catástrofe, desastre natural u otra emergencia, la información que tenemos sobre usted a través de la entrega de servicios bajo este programa, podría ser una fuente de información sobre su salud e historia médica que podría ser relevante para su tratamiento actual o futuro.

**Revelaciones a otras entidades cubiertas:** Podríamos revelar información personal a otras entidades cubiertas, o a los socios de negocios de dichas entidades en cuanto a tratamientos, pagos y diligencias relativas a la atención médica. Por ejemplo, podemos revelar información personal a otros planes médicos ofrecidos por su empleador, si así fue dispuesto, para que ciertos gastos sean reembolsados.

## Otras razones para revelar información

Podemos usar o divulgar su información personal cuando le proveamos alternativas a su tratamiento o recordatorios de tratamientos u otros servicios o beneficios relacionados a la salud. También podríamos revelar dicha información para:

- **Administración del plan**, a su empleador, cuando se nos haya notificado que el texto apropiado ha sido incluido en los documentos de su plan, o cuando se revelan datos resumidos para facilitar el cumplimiento del contrato o enmendar el plan de salud de grupo.
- **Investigaciones**, a los investigadores, siempre y cuando se tomen medidas para proteger su privacidad.

- **Empresas asociadas**, a personas que nos prestan sus servicios y que nos han garantizado que protegerán la información.
- **Reguladores de la industria**, a las agencias estatales de seguros, juntas farmacéuticas, a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (*U.S. Food and Drug Administration*), al Departamento de Trabajo de los EE.UU. (*U.S. Department of Labor*) y a otras agencias gubernamentales que regulan nuestro negocio.
- **Hacer cumplir la ley**, a los agentes federales, estatales y locales encargados de hacer cumplir la ley.
- **Procedimientos legales**, para cumplir con una sentencia judicial o con otro proceso legal.
- **Bienestar público**, para tratar asuntos de interés público de conformidad con lo exigido o permitido por ley (por ejemplo, abuso y negligencia de niños, amenazas a la salud y seguridad pública y para la seguridad nacional).

## **Revelación de información a otras personas que toman parte en su atención médica**

Podríamos revelar información médica sobre usted a un pariente, a un amigo, al subscriptor de su plan médico, o a cualquier otra persona que usted identifique, si la información está directamente relacionada con la participación de dicha persona en el pago de los gastos contraídos. Por ejemplo, si una persona que es miembro de su familia o que está encargada de atenderlo, tiene conocimiento de una reclamación que fue presentada y nos llama por teléfono, nosotros podríamos confirmar si recibimos o pagamos dicha reclamación. Usted tiene derecho a suspender o limitar este tipo de revelación llamando a la oficina de Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo al dorso de su tarjeta de débito FSA.

Si usted es menor de edad también podría tener derecho a impedir que sus padres tengan acceso a información sobre su salud, bajo ciertas circunstancias, si fuera permitido por ley estatal. Puede comunicarse con nosotros llamando a la oficina de Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo al dorso de su tarjeta de débito FSA, o pida a su proveedor que se comuniquen con nosotros.

## **Uso y revelación de información que requiere su autorización por escrito**

En todos los casos, a menos que se trate de aquellos descritos anteriormente, nosotros pediremos su autorización por escrito antes de usar o revelar información personal sobre usted. Si nos ha dado su autorización, podrá revocarla en cualquier momento, si no hemos puesto ya en práctica su autorización. Si tiene preguntas con respecto a las autorizaciones, por favor llame a la oficina de Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo al dorso de su tarjeta de débito FSA.

## Sus derechos legales

Los reglamentos federales con respecto a la privacidad de la información personal le otorgan derecho de hacer ciertos tipos de solicitudes relacionadas con la información de la salud que tenemos sobre usted. Usted pudiera pedirnos que:

- Nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, si usted no es el titular de la tarjeta primario, usted podría pedir que le enviemos información médica a una dirección diferente a la del titular de la tarjeta primario. Nosotros trataremos de satisfacer las solicitudes razonables.
- Limitemos la forma en que usamos o revelamos la información sobre su salud en conexión con el funcionamiento de los planes de atención médica, los pagos y tratamientos. Nosotros tomaremos estas solicitudes en consideración, pero también pudiéramos rechazar dichas solicitudes. También tiene derecho a pedirnos que limitemos la revelación de información a las personas encargadas de su atención médica.
- Obtengamos una copia de la información de salud que se encuentra en un “archivo designado”, esto es el historial médico y otros expedientes actualizados que se usan para tomar decisiones relacionadas con la inscripción, los pagos, la adjudicación de reclamos, y con otras decisiones. Nosotros podríamos pedirle que presente su solicitud por escrito, podríamos cobrarle una suma razonable por producir las copias y enviárselas por correo y, en ciertos casos, podríamos negar la solicitud.
- Enmendemos la información contenida en un “archivo designado”. Tendrá que presentar su solicitud por escrito y en la misma explicar la razón para dicha solicitud. Si denegamos su solicitud, usted podrá presentar una declaración por escrito expresando su desacuerdo.
- Le proporcionemos una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho sobre usted, tales como las revelaciones de información de su salud que hemos proporcionado a las agencias gubernamentales que nos otorgan nuestra licencia. Tendrá que presentar la solicitud por escrito. Si usted solicita este tipo de lista más de una vez durante un período de 12 meses, podríamos cobrarle una suma razonable.

Usted podría hacer cualquier solicitud descrita anteriormente, o podría solicitar una copia de ésta notificación, llamando a la oficina de Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo al dorso de su tarjeta de débito FSA.

Si en su opinión, sus derechos de privacidad han sido violados, usted también tiene derecho a presentar una queja. Para hacerlo, por favor siga los procedimientos para presentar quejas que están descritos en los documentos de su plan o en nuestra página en Internet [www.Aetna.com](http://www.Aetna.com). También puede escribir al Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE.UU. No se le impondrá penalidad alguna por presentar una queja.

## Obligaciones legales de Aetna

Los reglamentos federales de privacidad nos exigen que conservemos su información personal de forma confidencial, que le notifiquemos de nuestras obligaciones legales y sobre nuestras prácticas de privacidad y que cumplamos con los términos de la notificación actualmente en vigor.

## **Protección de su información**

Nosotros protegemos su información con medidas preventivas administrativas, técnicas y físicas para evitar el acceso no autorizado y las amenazas y riesgos que afectan a su seguridad e integridad. Cumplimos con todas las leyes estatales y federales aplicables relativas a la seguridad y confidencialidad de su información personal.

## **Éste Aviso está sujeta a cambios**

Nosotros podríamos cambiar los términos de éste aviso y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento. Si así lo hacemos, los nuevos términos y políticas se aplicarán a toda la información personal que conservamos en nuestro poder sobre usted, así como a la que podríamos recibir o conservar en el futuro.

Por favor tenga en cuenta que nosotros no destruimos la información personal que tenemos sobre usted cuando usted cancela su cobertura con nosotros. Podría ser necesario usar y revelar ésta información de conformidad a lo descrito anteriormente aún cuando su cobertura haya expirado, aunque habrán políticas y procedimientos que seguirán en vigor para proteger contra el uso o revelación de información inapropiada.

En caso de tener preguntas con respecto a éste aviso, por favor comuníquese por correo a: Aetna's Legal Support Services Department, 151 Farmington Avenue, W121, Hartford, CT 06156; o por teléfono al 860-952-8600; o por fax al 860-907-3017. Incluya su nombre y su número de teléfono y de fax.