



Aviso de prácticas de privacidad

Aetna Specialty Pharmacy®

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a Aetna Specialty Pharmacy.

IMPORTANT: *If you wish to receive this note in English, please call the Member Services toll free number printed on the back of your member ID card.*

En este aviso, se explica de qué manera se puede utilizar y revelar la información médica en relación con Aetna Specialty Pharmacy (“Aetna”) y de qué modo usted puede tener acceso a esta información. Léalo detenidamente.

Aetna considera que la información personal es confidencial. Protegemos la privacidad de dicha información conforme a las leyes de privacidad federales y estatales, y a las políticas de privacidad de nuestra compañía.

Este aviso describe de qué manera podemos utilizar y divulgar información sobre usted al administrar los servicios de farmacia especializada que recibe. También explica sus derechos legales respecto de dicha información.

Cuando utilizamos el término “información personal”, nos referimos a la información que lo identifica a usted como persona, por ejemplo, su nombre y número del Seguro Social, así como también información financiera, de salud y de otros tipos, que no sea pública, y que obtenemos a fin de brindarle servicios de farmacia especializada. Con “información de salud”, nos referimos a la información que lo identifica y que está relacionada con sus antecedentes médicos (es decir, los medicamentos que recibe o el monto que pagó por dichos medicamentos).

Este aviso entró en vigor el 3 de septiembre de 2013.

La manera en que Aetna utiliza y divulga información personal en relación con Aetna Specialty Pharmacy

Para poder brindarle los servicios de farmacia especializada, necesitamos obtener información personal sobre usted y lo hacemos de diversas fuentes, incluidos usted y los proveedores de atención de salud. Al administrar estos servicios, podemos utilizar y divulgar su información personal de distintas maneras, como las siguientes:

Operaciones de atención de salud: Podemos utilizar y divulgar información personal en el transcurso de nuestras actividades comerciales de farmacia, es decir, durante las actividades operativas, como la evaluación y mejora de la calidad; la obtención de licencias; la acreditación a cargo de organizaciones independientes; la medición del rendimiento y la evaluación de resultados; salud preventiva, el control de enfermedades, el manejo de casos y la coordinación de la atención.

Entre las demás actividades operativas que requieren la utilización y divulgación de información se incluyen detección e investigación de fraudes, ejecución de una venta, transferencia, fusión o consolidación de Aetna, en su totalidad o parcialmente, con otra entidad (que incluye la diligencia debida en relación con esa actividad); y otras actividades administrativas generales, como el manejo de sistemas de datos e información y servicios al cliente.

Pago: Podemos utilizar y divulgar información personal de distintas maneras, al realizar revisiones de utilización y de necesidad médica; al coordinar la atención; al determinar la elegibilidad; al establecer el cumplimiento del formulario; para ayudarnos a establecer el monto que debe pagar por los servicios de farmacia; y al responder quejas, apelaciones 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.

Tratamiento: Es posible que también divulguemos información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de atención de salud que lo atiendan. Por ejemplo, podemos revelar 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. Además, es posible que los médicos nos soliciten información médica para completar sus propios registros. También podemos utilizar información personal al brindar servicios de farmacia 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: Es posible que divulguemos información personal a otras entidades cubiertas, o empresas asociadas a esas entidades a los efectos del tratamiento, el pago o determinadas operaciones de atención de salud. Por ejemplo, podemos ponernos en contacto con su médico para confirmar los datos de la receta o para tratar cuestiones de coordinación de atención.

Motivos adicionales de divulgación

Podemos utilizar o divulgar su información personal para ofrecerle alternativas de tratamiento, recordatorios sobre los tratamientos u otros servicios relacionados con la salud. Es posible que también compartamos dicha información por los siguientes motivos:

- **Investigaciones:** con investigadores, siempre que se tomen medidas para proteger la privacidad.
- **Socios comerciales:** con personas que nos presten servicios y que garanticen que protegerán la información.
- **Regulación de la industria:** con los departamentos estatales de seguros, los comités de farmacia, la U.S. Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos), el U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos) y a los demás organismos del gobierno encargados de la regulación.
- **Cumplimiento de la ley:** con funcionarios locales, estatales y federales responsables del cumplimiento de la ley.
- **Procesos legales:** en respuesta a una orden judicial u otros procesos que establece la ley.
- **Bienestar público:** para abordar asuntos de interés público según lo requiera o permita la ley (por ejemplo, maltrato o abandono infantil, amenazas a la salud y la seguridad públicas y la seguridad nacional).

Divulgación a terceros que participan en su atención de salud

Podemos compartir su información de salud con un familiar, un amigo o a cualquier otra persona que usted nos indique, siempre que esa información guarde relación directa con la participación de dicha persona en su atención de salud o en el pago de esa atención. Por ejemplo, si un familiar o un proveedor de atención que tiene conocimiento previo sobre una orden de farmacia nos llama, podemos confirmar si se completó o no la orden. Tiene derecho a detener o limitar este tipo de divulgación. Para hacerlo, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Si usted es menor de edad, también podrá bloquear el acceso que sus padres tienen a su información de salud en determinadas circunstancias, si así lo permite la ley estatal. Para comunicarse con nosotros, llame al número que figura en la tarjeta de identificación de miembro.

Usos y divulgaciones que requieren autorización por escrito

En todas las situaciones, excepto las descritas anteriormente, le solicitaremos una autorización por escrito antes de usar o divulgar su información personal. Por ejemplo, solicitaremos su autorización en los siguientes casos:

- Con fines de mercadeo que no estén relacionados con los planes de beneficios.
- Antes de divulgar notas de psicoterapia.
- En relación con la venta de su información de salud.
- Por otros motivos, según lo exija ley.

Si usted nos otorgó una autorización, puede revocarla en cualquier momento, si es que aún no la hemos utilizado. Si tiene preguntas sobre las autorizaciones, llame a la farmacia directamente. O bien, puede llamar sin cargo al **1-866-782-ASRX (1-866-782-2779)** o a la línea TDD al **1-877-833-ASRX (1-877-833-2779)**.

Sus derechos legales

Las disposiciones federales sobre privacidad le otorgan varios derechos en lo que respecta a la información de salud.

- Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada manera o en un lugar en particular. 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.
- 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.
- Tiene derecho a solicitarnos que obtengamos una copia de la información de salud que se encuentra en un “conjunto de expedientes designado”, expedientes que se guardan y se utilizan en el procesamiento de órdenes y en decisiones relacionadas. Es posible que le solicitemos que realice el pedido por escrito, que le cobremos una tarifa razonable por producir y enviar las copias y, en determinados casos, que rechacemos su solicitud.
- Tiene derecho a solicitarnos que enmendemos información de salud que se encuentre dentro de un conjunto de expedientes designado. Debe realizar la solicitud por escrito y debe incluir el motivo. Si rechazamos la solicitud, puede presentar una declaración de desacuerdo por escrito.
- 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.
- Tiene derecho a ser notificado después de ocurrida una violación en relación con su información de salud.
- Tiene derecho a limitar las divulgaciones relacionadas con su información de salud a un plan de salud cuando usted ha pagado la totalidad de sus gastos de bolsillo.

Tiene derecho también a presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Para ello, envíe su consulta a la siguiente dirección:

**HIPAA Member Rights Team
Aetna, Inc.
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 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.

Puede presentar cualquiera de las solicitudes descritas anteriormente, puede solicitar una copia impresa de este aviso o puede hacer preguntas con respecto a este aviso. Para hacerlo, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Obligaciones legales de Aetna

Las disposiciones federales sobre privacidad nos obligan a mantener la confidencialidad de su información personal, a darle aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad, y a respetar los términos del aviso que se encuentren vigentes actualmente.

Protección de su información

Cuidamos su información con medidas administrativas, técnicas y físicas contra el acceso no autorizado y las amenazas y los peligros que atentan contra su seguridad e integridad. Cumplimos con todas las leyes vigentes estatales y federales relacionadas con la seguridad y 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. Si implementamos modificaciones, los nuevos términos y políticas se aplicarán a toda la información que ya tengamos sobre usted y la información que podamos obtener o conservar en el futuro.

Tenga en cuenta que, si deja de ser miembro de Aetna, no destruiremos su información personal. Es posible que sea necesario utilizar y divulgar esta información con el objetivo anteriormente descrito, incluso después de que deje de ser miembro; sin embargo, seguiremos aplicando políticas y procedimientos para protegerlo de la utilización o la divulgación inadecuadas.

Comuníquese con Aetna

Si tiene preguntas sobre su plan de salud, llame al número gratuito de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Si tiene preguntas sobre sus medicamentos recetados, comuníquese con la farmacia directamente. O bien, puede llamar sin cargo al **1-866-782-ASRX (1-866-782-2779)** o a la línea TDD al **1-877-833-ASRX (1-877-833-2779)**.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Aetna brinda ayuda o servicios de manera gratuita a las personas con incapacidades y a las personas que necesitan asistencia lingüística.

Si necesita un intérprete capacitado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si usted considera que no hemos brindado estos servicios o que hemos realizado un acto de discriminación en contra de una de las categorías protegidas que se mencionaron anteriormente, utilice la información que se brinda a continuación para comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una reclamación:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (Clientes de HMO en California: PO Box 24030 Fresno, CA 93779), 1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (Clientes de HMO en California: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. O bien, puede hacerlo por correo o teléfono con la siguiente información: 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).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes Coventry Health Care y sus afiliadas (Aetna).

TTY: 711

For language assistance in your language call the number listed on your ID card at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

欲取得繁體中文語言協助，請撥打您 ID 卡上所列的號碼，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique en français appeler le numéro indiqué sur votre carte d'identité sans frais. (French)

Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang nakalistang numero sa iyong ID card nang walang bayad. (Tagalog)

T'áá shí shizaad k'ehjí bee shíká a'doowoł nínízingo Diné k'ehjí naaltsos bee atah nílįigo nanitinígíí béésh bee hane'é bikáá' áajį' t'áá jíík'e hółne'. (Navajo)

Benötigen Sie Hilfe oder Informationen auf Deutsch? Rufen Sie kostenlos die auf Ihrer Versicherungskarte aufgeführte Nummer an. (German)

ለአማርኛ ቋንቋ እገዛ በመታወቅያዎ ላይ በተጠቀሰው ቁጥር በነጻ ይደውሉ (Amharic)

للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني المذكور في بطاقتك التعريفية. (Arabic)

বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য আপনার আইডি কার্ডে যে নম্বরটি তালিকাভুক্ত রয়েছে বিনামূল্যে তাতে কল করুন। (Bengali-Bangala)

(Hindi) हिन्दी में भाषा सहायता के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये गये नम्बर पर मुफ्त कॉल करें।

Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọ̀nọmba edepụtara na kaadi ID gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. (Ibo)

한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 보험 ID 카드에 수록된 무료 통화번호로 전화해 주십시오. (Korean)

Bé m ké gbo-kpá-kpá dyé dé Bāsóò wùdùùn wěe, dǎ nòbà hé ɔ céèà bó nì dyí-dyoìn-bě̀ò kòe bó pídyi. (Kru-Bassa)

برای راهنمایی به زبان فارسی، بدون هیچ هزینه ای با شماره ای که بر روی کارت شناسایی شما آمده است تماس بگیرید. انگلیسی (Persian)

Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру, указанному в вашей ID-карте удостоверения личности. (Russian)

ُردو میں لسانی معاونت کے لیے اپنے ID کارڈ پر درج نمبر پر مفت کال کریں۔ (Urdu)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số được ghi trên thẻ ID của quý vị. (Vietnamese)

Fún iránlọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe nọmbà tí a kọ sórí kààdi idánimọ rẹ láì san owó kankan rára. (Yoruba)



**Acuse de recibo del
Aviso de prácticas de privacidad**

Por el presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Aetna Specialty Pharmacy.

Firma del paciente o del representante personal

Nombre del paciente o del representante personal

Fecha

Descripción de la autorización otorgada al representante personal

Firme las dos copias de este formulario.

Guarde una copia para sus registros y envíe la otra por correo a Aetna en el sobre adjunto.



**Acuse de recibo del
Aviso de prácticas de privacidad**

Por el presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Aetna Specialty Pharmacy.

Firma del paciente o del representante personal

Nombre del paciente o del representante personal

Fecha

Descripción de la autorización otorgada al representante personal