



Aviso de Prácticas de Privacidad Aetna Rx Home Delivery®

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a Aetna Rx Home Delivery.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esto? También puede obtener este formulario escrito en su idioma. Puede recibir ayuda sin cargo llamando a Servicios al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación (ID).

Este aviso describe de qué manera puede utilizarse y revelarse su información médica en relación con Aetna Rx Home Delivery (“Aetna”) y de qué modo usted puede obtener acceso a esa información. Por favor lea este aviso atentamente.

Aetna considera que la información personal es confidencial. Protegemos la privacidad de su información personal 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 revelar información sobre usted al administrar sus órdenes de farmacia por correo; 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, su número de seguro social o información sobre usted que no es pública, ya sea financiera, de salud o de cualquier otro tipo, y que nosotros obtenemos con el objetivo de brindarle servicios de farmacia especializada. Cuando utilizamos el término “información de salud”, nos referimos a la información que lo identifica y que se relaciona con sus antecedentes médicos (es decir, la atención de salud que recibe o los montos pagados por esa atención).

Este aviso entró en vigencia el 30 de septiembre de 2008.

La manera en que Aetna utiliza y revela información personal en relación con Aetna Rx Home Delivery

Para brindarle los servicios de órdenes de farmacia por correo, necesitamos información personal sobre usted y obtenemos esa información de diversas fuentes, incluidos usted y los proveedores de atención de salud. Al administrar estos servicios, podemos utilizar y revelar información sobre usted de distintas maneras, entre las que se incluyen:

Operaciones de atención médica: podemos utilizar y revelar información personal en el transcurso de nuestras actividades comerciales de farmacia, es decir, durante las actividades operativas, como evaluación y mejora de la calidad; obtención de licencias; acreditación a cargo de organizaciones independientes, medición de rendimiento y evaluación de resultados; salud preventiva, manejo de enfermedades, manejo de casos y coordinación de 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 (incluyendo 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 revelar información personal de distintas maneras, al realizar revisiones de utilización y de necesidad médica; al coordinar atención; al determinar la elegibilidad; al establecer el cumplimiento del formulario; para ayudarnos a establecer la cantidad que debe pagar por los servicios de farmacia; y al responder quejas, apelaciones y solicitudes de revisión externa. Por ejemplo, podemos utilizar sus antecedentes médicos 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, le revelemos información a su proveedor.

Tratamiento: Podemos revelar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y demás proveedores de atención de salud que lo atienden. 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: Podemos revelar 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, podemos ponernos en contacto con su médico para confirmar los datos de la receta o para tratar cuestiones de coordinación de atención.

Razones adicionales para divulgar información

Podemos utilizar o revelar información personal sobre usted al brindarle alternativas de tratamiento, recordatorios sobre tratamientos u otros servicios relacionados con la salud. También podemos revelar esa información con el objetivo de respaldar a los enumerados a continuación, en los siguientes casos:

- **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 (FDA, por sus siglas en inglés), al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y a las otras agencias gubernamentales que nos regulan;
- **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 legítimos;
- **Bienestar público:** con el objetivo de tratar cuestiones de interés público según lo permita o lo requiera la ley (por ejemplo, abuso infantil y negligencia de menores, amenazas a la salud y a la seguridad pública, y la seguridad nacional).

Divulgación a otras personas que participan en su atención de salud

Podemos revelar su información de salud a 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 el derecho de detener o de limitar este tipo de divulgación. Para ello, llame al número que figura en su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Aetna.

Si es menor, es posible que tenga el derecho de bloquear el acceso de sus padres a la información de salud en determinadas circunstancias, siempre que lo permita la ley estatal. Para comunicarse con nosotros, llame al número que figura en su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Aetna.

Utilización y divulgación que requieren autorización por escrito

Solicitaremos su autorización por escrito antes de utilizar o de revelar su información personal en cualquier situación, excepto en aquellas descritas anteriormente. Si nos otorgó una autorización, la puede revocar en cualquier momento, siempre que no hayamos actuado conforme a ésta. Si tiene preguntas sobre las autorizaciones, llame al número gratuito de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Aetna.

Sus derechos legales

Las regulaciones federales de privacidad le otorgan el derecho de realizar determinadas solicitudes sobre su información de salud. Puede solicitarnos que:

- Nos comuniquemos con usted de determinada manera o en un lugar en particular. Tendremos en cuenta sus solicitudes razonables.
- Restrinjamos la manera en que utilizamos o revelamos su información de salud relacionada con operaciones de atención de salud, pagos y tratamientos. Consideraremos esas solicitudes, aunque podemos estar en desacuerdo con éstas. Usted también tiene el derecho de solicitarnos que restrinjamos la divulgación de información a las personas que participan en su atención de salud.
- Obtengamos una copia de la información de salud que se encuentra en un “grupo designado de registros”, registros que se guardan y se utilizan en el procesamiento de órdenes y en decisiones relacionadas. 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.
- 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.
- Le brindemos una lista de determinadas divulgaciones que hayamos hecho sobre usted, como divulgación de información de salud a las agencias gubernamentales 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.

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

Aetna Privacy Office
Aetna Inc.
151 Farmington Avenue, RC61
Hartford, CT 06156

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 realizar cualquiera de las solicitudes descritas anteriormente o solicitar una copia en papel de este aviso llamando al número que figura en la tarjeta de identificación (ID) de miembro de Aetna.

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 del acceso no autorizado y de todo aquello que constituya una amenaza y peligro para la seguridad e integridad de ésta. 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.

Por favor, tenga en cuenta que si deja de ser miembro de Aetna, no destruiremos su información.

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 este aviso o si desea realizar una solicitud relacionada con su información, comuníquese con Aetna de la siguiente manera:

Si es miembro de un plan de salud de Aetna o del programa de indemnización a trabajadores, comuníquese con Servicios al Cliente llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Aetna.



**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 Rx Home Delivery.

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 su información y envíe la otra por correo a Aetna en el sobre con franqueo pagado que adjuntamos.



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 Rx Home Delivery.

Firma del paciente o del representante personal

Nombre del paciente o del representante personal

Fecha

Descripción de la capacidad del representante personal