



# Aviso de prácticas de privacidad Salud de Estudiante de Aetna

---

**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 una institución educativa autofinancie.**

---

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

***Por favor estudie esta información detalladamente.***

La Salud de Estudiante de 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.

Este 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 que lo identifica a usted como individuo, como su nombre o el número de su Seguro Social (Social Security Number), así como 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 cobertura de seguro. 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 médica).

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

---

## **Como la Salud de Estudiante de Aetna usa y revela la información personal**

Para proporcionarle cobertura de seguro, necesitamos información personal sobre usted, y obtenemos tal información de diferentes fuentes, en particular de su escuela o del Centro Médico del Estudiante, de otros aseguradores, de planes HMO o de administradores terceros y de proveedores de atención médica. Cuando sea necesario para la administración de sus beneficios, podríamos usar y revelar la información personal que tenemos sobre usted de varias maneras, incluyendo:

**Diligencias de la atención medica:** Podríamos usar y revelar información personal durante el curso de nuestro negocio de planes de atención médica, es decir, al realizar las diligencias tales como para evaluar y mejorar la calidad; para el proceso de acreditación realizado por organizaciones independientes; para evaluar el funcionamiento y los resultados obtenidos; para servicios de investigación médica; para servicios médicos preventivos, la administración de casos y para la coordinación de la atención médica. Por ejemplo, nuestros enfermeros encargados de casos pueden usar y revelar la información personal relacionada con sus actividades de administración de casos con respecto a ciertos tratamientos o condiciones. Entre las otras actividades para las cuales es necesario usar y revelar información personal se incluyen el proceso para asegurar y clasificar; las diligencias para la detección e investigación de fraude; la administración de programas farmacéuticos y el pago de los mismos (cuando corresponde); para la transferencia de pólizas o contratos de un plan de salud a otro; para facilitar la venta, transferencia, fusión o consolidación de toda o parte de la Salud de Estudiante de Aetna con otra entidad (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 a los clientes.

---

<sup>1</sup> \* Los planes de seguro de salud para estudiantes con seguro total están asegurados por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Aetna Student Health<sup>SM</sup> es la marca de servicios y productos brindados por Aetna Life Insurance Company (Aetna) y sus afiliadas correspondientes (Aetna).

**Pagos:** Para facilitar el pago de los servicios cubiertos que le fueron prestados, podríamos usar y revelar información personal de varias maneras: para asesorar el uso y la necesidad médica de los servicios o suministros; para coordinar la atención médica; para determinar si la persona es elegible; para determinar si se observan los términos del listado de medicamentos; para cobrar las primas; para calcular las cantidades por las cuales se va a compartir el costo; para responder a quejas, apelaciones y solicitudes de una revisión externa. Por ejemplo, podríamos usar su historial médico y otra información relativa a su salud para determinar si un tratamiento en particular es médicamente necesario y lo que se va a pagar por él; y durante ese proceso, podríamos revelar información al proveedor que le prestó dicho tratamiento. También podríamos enviar por correo los formularios que proporcionan una Explicación de Beneficios así como otro tipo de información a la dirección que obra en nuestros archivos para el suscriptor (por ejemplo, la persona asegurada primariamente). Además, el suscriptor y todos los dependientes cubiertos tienen acceso a información sobre los reclamos de beneficios por Internet a través del sitio de la salud *Aetna Navigator*<sup>®</sup>.

**Tratamientos:** Podríamos revelar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y a otros proveedores médicos que le atienden. Por ejemplo, los médicos podrían pedirnos información médica para completar la información que ellos tienen sobre usted. Nosotros también podríamos enviar cierto tipo de información a los médicos para la seguridad del paciente o por otras razones relacionadas con el tratamiento al cual un paciente se somete.

**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 los planes de salud. Por ejemplo, podemos revelar información personal a otros planes de salud (por ejemplo, si está cubierto como dependiente bajo el plan de uno de sus padres), si así fue dispuesto, para que ciertos gastos sean reembolsados.

### **Otras razones para revelar información**

Podemos usar y/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 escuela, cuando se nos haya informado que el texto apropiado ha sido incluido en los documentos de su plan.
- **Investigaciones:** a los investigadores, siempre y cuando se tomen medidas para proteger su privacidad.
- **Empresas asociadas:** a personas, incluyendo los centros médicos del estudiante, que nos prestan sus servicios y que nos han garantizado que protegerán la información.
- **Reguladores de la industria:** a los departamentos estatales de seguros, al Departamento de Trabajo de los EE.UU. y a otras agencias gubernamentales que regulan nuestro negocio.
- **Indemnización a trabajadores:** para cumplir con las leyes de indemnización a trabajadores.
- **Hacer cumplir la ley:** a los oficiales 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).
- **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).

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

Podríamos revelar información médica sobre usted a un Centro Médico del Estudiante, a un pariente, a un amigo, al subscriptor de su plan de beneficios médicos, o a cualquier otra persona que usted identifique, si la información está directamente relacionada con la participación de dicha persona en su atención médica o en el pago de los gastos contraídos. Por ejemplo, si un familiar o un centro médico del estudiante o un departamento de la escuela proporcionando una función de servicio para nosotros, u otro que está encargado de atenderlo nos llama porque tiene conocimiento previo de un reclamo, nosotros podríamos confirmar si recibimos o pagamos dicho reclamo. Usted tiene derecho a suspender o limitar este tipo de revelación y puede ejercer este derecho llamando a Servicios al Cliente al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

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 Servicios al Cliente al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación; o pida a su proveedor que se comunique con nosotros.

## **Usos y revelaciones 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. 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 ha dado su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento, si no hemos puesto ya en práctica su autorización. Si tiene preguntas con respecto a las autorizaciones, por favor llame a Servicios al Cliente al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

## **Sus derechos legales**

Los reglamentos federales con respecto a la privacidad de la información personal le otorgan varios derechos relacionados con su información médica.

- 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.
- Usted tiene derecho a solicitar que 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.
- Usted tiene derecho a solicitar que obtengamos una copia de la información médica 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, la administración de la atención médica 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.
- Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos la información médica 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.

- Usted tiene derecho a solicitar que le proporcionemos una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho sobre usted, tales como las revelaciones de información médica 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 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>

Usted podría hacer cualquier solicitud descrita anteriormente, solicitar una copia de este aviso o hacer preguntas sobre este aviso llamando a Servicios al Cliente al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

Si en su opinión, sus derechos de privacidad han sido violados, usted también tiene derecho a presentar una queja. Para hacerlo, por favor envíe su queja a la siguiente dirección postal:

**HIPAA Member Rights Team**  
**P.O. Box 14079**  
**Lexington, KY 40512-4079**  
**Fax: (859) 280-1272**

You may stop the paper mailing of your EOB and other claim information by visiting [www.aetna.com](http://www.aetna.com) and click "Log In/Register". Follow the prompts to complete the one-time registration. Then you can log in any time to view past copies of EOBs and other claim information.

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 la Salud de Estudiante 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 del aviso 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 información personal.

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

Nosotros podríamos cambiar los términos de este aviso y nuestras políticas 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, 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 aun cuando su cobertura haya expirado, aunque habrá políticas y procedimientos que seguirán en vigor para proteger contra el uso o revelación de información impropio.

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

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

(clientes de CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de 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 por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

<b>English</b>	<b>To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.</b>
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços lingüísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.