

*To receive this notice in English please call the toll-free Member Services number on your ID card.*

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a los planes de beneficios de salud asegurados por Innovation Health. No se aplica a los planes que un empleador autofinancie. Si recibe beneficios de un plan de seguro de salud de grupo, su empleador le dirá si el plan es asegurado o autofinanciado. Si el plan es autofinanciado, usted puede solicitar una copia del aviso de privacidad de su empleador.

---

***Este aviso describe  
cómo puede usarse y divulgarse  
su información médica, y cómo  
usted puede tener acceso a esta información.***

***Por favor lea este aviso atentamente.***

Innovation Health<sup>1</sup> considera que la información personal es confidencial. Protegemos la privacidad de esa información conforme a las leyes de privacidad federales y estatales, y a las políticas de privacidad de nuestra compañía.

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información al administrar sus beneficios. También explica sus derechos legales respecto de dicha información.

Con “información personal”, nos referimos a la información que lo identifica como persona, por ejemplo su nombre o número de seguro social, información financiera o de salud, y otra información sobre usted que no sea pública, que obtenemos para brindarle cobertura de seguro. Con “información de salud”, nos referimos a la información que lo identifica y que se relaciona con sus antecedentes médicos (por ejemplo, la atención de salud que recibe o los montos pagados por esa atención).

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

---

## **De qué manera Innovation Health usa y divulga información personal**

Para brindarle cobertura de seguro, necesitamos su información personal. Obtenemos dicha información de diferentes fuentes, en particular de usted, de su empleador o del patrocinador del plan de beneficios si corresponde, de otras compañías de seguros, de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) o administradores de terceros (TPA), y de proveedores de atención de salud. Para administrar sus beneficios de salud, es posible que utilicemos y divulguemos información relacionada sobre usted de distintas maneras, como las siguientes:

**Operaciones de atención de salud:** podemos usar y divulgar su información personal en el transcurso de nuestras actividades comerciales de salud, es decir, durante las actividades operativas. Estas pueden incluir evaluación y mejoramiento de la calidad; obtención de licencias; acreditación por parte de organizaciones independientes; medición del rendimiento y evaluación de resultados; investigación de servicios de salud; salud preventiva; manejo de enfermedades; manejo de casos y coordinación de atención. Por ejemplo, podemos usar la información para ofrecer programas de manejo de enfermedades a miembros con enfermedades específicas, como diabetes, asma o insuficiencia cardíaca. Otras actividades operativas que requieren el uso y la divulgación de información incluyen la administración de reaseguros y reaseguro de exceso de siniestralidad (*stop loss*); evaluación y calificación; detección e investigación de fraude; administración de pagos y programas farmacéuticos; transferencias de pólizas o contratos realizadas entre nosotros y otros planes de salud; facilitación de una venta, transferencia, fusión o consolidación de Innovation Health, en forma total o parcial, y otra entidad (incluida la diligencia debida en relación con esa actividad); otras actividades administrativas generales, como el manejo de sistemas de datos e información, y servicios al cliente.

---

<sup>1</sup> A los efectos de este aviso, “Innovation Health” y las palabras “nosotros”, “nos” y “nuestro” se refieren a Innovation Health Plan, Inc. y a Innovation Health Insurance Company, incluidas en la última página del aviso.

**Pago:** para ayudar a pagar los servicios cubiertos, podemos usar y divulgar información personal de distintas maneras con el objetivo de realizar revisiones de utilización y necesidad médica; coordinar atención; determinar elegibilidad; establecer el cumplimiento del formulario; cobrar primas; calcular los montos de costo compartido; responder apelaciones, quejas 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. También enviamos formularios de explicación de beneficios y otra información a la dirección que tenemos registrada del solicitante (es decir, el principal asegurado). Además, ponemos a disposición del solicitante y de todos los dependientes cubiertos información sobre el estado de los reclamos, que pueden consultar por teléfono o en nuestro sitio seguro en Internet para miembros. También usamos la información personal para obtener el pago por los servicios de farmacia de órdenes por correo que le hayamos brindado.

**Tratamiento:** Podemos divulgar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y demás proveedores de atención de salud que le brindan atención. Por ejemplo, es posible que los médicos nos soliciten información médica para completar sus propios registros. También podemos utilizar información personal al brindar servicios de farmacia de órdenes por correo 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 divulgar 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, si usted recibe beneficios de un plan de seguro de salud de grupo, podemos divulgar 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.

### **Razones adicionales para divulgar información**

Podemos usar o divulgar su información personal para brindarle alternativas de tratamiento, recordatorios sobre tratamientos u otros servicios y beneficios relacionados con la salud. También podemos divulgar esa información en los siguientes casos:

- **Administración del plan:** a su empleador (si recibe los beneficios a través de un plan de seguro de salud de grupo patrocinado por su empleador), cuando se nos informe que se incluyó en los documentos de su plan el texto correspondiente a tal fin o cuando se divulgan datos resumidos para cotizar o modificar un plan de salud de grupo.
- **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, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y a las demás agencias del gobierno que nos regulan.
- **Indemnización a trabajadores:** para cumplir con las leyes de indemnización a trabajadores.
- **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 establecidos por ley.
- **Bienestar público:** para tratar cuestiones de interés público según lo permita o lo requiera la ley (por ejemplo, en casos de abuso infantil y negligencia de menores; amenazas a la salud y seguridad públicas; y en relación con 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 este aviso;
- 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).

### **Divulgación a otras personas que participan en su atención de salud**

Podemos divulgar su información de salud a un familiar o un amigo, al solicitante de su plan de beneficios de salud o a cualquier otra persona que usted nos indique, siempre que la información tenga relación directa con la participación de dicha persona en su atención de salud o en el pago de ella. Por ejemplo, si nos llama un familiar o una persona encargada de brindarle cuidados con conocimiento previo sobre un reclamo, podemos confirmar si se recibió y se pagó el reclamo. Usted tiene derecho a detener o limitar este tipo de divulgación. Para ello, llame al número gratuito de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

Si es menor de edad, es posible que tenga derecho a bloquear el acceso de sus padres a su información de salud en determinadas circunstancias, siempre que lo permita la ley estatal. Puede comunicarse con nosotros al número gratuito de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación o pedirle a su proveedor que se comunique con nosotros.

### **Circunstancias en las que el uso y la divulgación de información requieren su autorización escrita**

Solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información personal en cualquier situación, excepto en aquellas descritas anteriormente. Por ejemplo, obtendremos su autorización:

- para fines de mercadeo que no estén relacionados con su(s) plan(es) de beneficio,
- 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 otorgó una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento, siempre que no hayamos actuado conforme a esta. Si tiene preguntas sobre las autorizaciones, comuníquese con el número gratuito de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

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

Las regulaciones federales de privacidad le otorgan varios derechos con respecto a su 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 solicitar que obtengamos una copia de la información de salud que se encuentra en un “grupo designado de registros”, registros médicos y de otro tipo que se guardan y usan para tomar decisiones sobre inscripción, pago, adjudicación de reclamos y administración médica, entre otras. 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.
- Tiene derecho a solicitar que modifiquemos la 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.

- 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 una violación en relación con su información de salud.
- 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.
- Tiene derecho, salvo contadas excepciones, a no estar sujeto a entrevistas fraudulentas.<sup>2</sup>

Puede realizar cualquiera de las solicitudes descritas anteriormente (si corresponde), solicitar una copia impresa de este aviso o hacer preguntas sobre este aviso llamando al número gratuito de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación (ID).

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

**HIPAA Member Rights Team  
Innovation Health  
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.innovationhealth.com](http://www.innovationhealth.com) y haciendo clic en "Member Log In" (Inicio de sesión del miembro). 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 U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos). No se lo sancionará por presentar una queja.

### **Obligaciones legales de Innovation Health**

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

Tenga en cuenta que si deja de tener cobertura de Innovation Health, no destruiremos la información personal. Es posible que sea necesario usar y divulgar esta información con los objetivos anteriormente descritos, incluso después de que termine su cobertura. Sin embargo, seguiremos aplicando políticas y procedimientos para protegerlo del uso o de la divulgación inadecuados.

*La cobertura puede estar asegurada o administrada por una o más de las siguientes compañías: Innovation Health Insurance Company e Innovation Health Plan, Inc.*

<sup>2</sup> No realizamos entrevistas fraudulentas.

Innovation Health 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.

Innovation Health 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  
1-800-648-7817, TTY: 711  
Fax: 859-425-3379, [CRCoordinator@aetna.com](mailto: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).

*Innovation Health® es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por Innovation Health Insurance Company o Innovation Health Plan, Inc. Innovation Health Insurance Company e Innovation Health Plan, Inc. son filiales de Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna). Aetna ofrece ciertos servicios de administración a Innovation Health. Cada compañía de seguros tiene responsabilidad financiera exclusiva sobre sus propios productos. Aetna® forma parte de las compañías de CVS Health®.*

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

如欲使用免費語言服務，請致電您 ID 卡上的電話號碼 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro inscrit sur votre carte d'identité. (French)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa inyong ID card. (Tagalog)

T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a' doowoł doo bááh ílínígóó naaltsoos bee atah níłjigo nanitinígíí bee néého'dółzinígíí béesh bee hane'í bikáá' áají' hólne'. (Navajo)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an. (German)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقتك الشخصية (Arabic)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नम्बर पर कॉल करें। (Hindi)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ nọmba no na kaadị ID gị. (Ibo)

무료 언어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

M̄ d̄yi wuḍu-dù kà kò d̄ò b̄ě d̄yi móúń n̄ì p̄ídyi ní, n̄ìí, ḍá n̄òbà n̄ià n̄ì ID káàò k̄ǝ. (Kru-Bassa)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید (Persian-Farsi)

Для получения бесплатной помощи переводчика позвоните по телефону, указанному на Вашей личной карточке медицинского страхования. (Russian)

بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے، اپنے شناختی کارڈ پر درج نمبر پر بات کریں۔ (Urdu)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên thẻ ID (Nhận dạng) của quý vị. (Vietnamese)

Lati wọnú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe nọmba ori káádi idánimọ rẹ. (Yoruba)