



Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), el plan de beneficios Mail Handlers Benefit Plan (MHB) le enviará este aviso importante sobre cómo podrá utilizar y acceder a esta información. Revise detenidamente este Aviso sobre prácticas de privacidad.

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, escribale a un analista de cumplimiento de las normas de privacidad de MHB o llame a un representante de Servicios para los miembros de MHB. La dirección para comunicarse por escrito con un analista de cumplimiento de las normas de privacidad es **PO Box 981106, El Paso, TX 79998-1106**. El número de teléfono para comunicarse con un representante de Servicios para los miembros es **800-410-7778 (TTY: 711)** para empleados federales y **1-833-497-2416 (TTY: 711)** para empleados del servicio postal. Nuestros representantes están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana (excepto ciertos feriados).

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este Aviso entró en vigor el 1 de octubre de 2025.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y PERSONAL, Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

A. Nuestro compromiso con su privacidad

Comprendemos la importancia de mantener la seguridad y privacidad de su información de salud personal. La ley nos exige entregarle este aviso. Este aviso le informa sus derechos sobre la privacidad de su información personal y cómo podemos usar y compartir su información personal. Nos aseguraremos de que su información personal se utilice y comparta tal y como se ha descrito. Podemos, ocasionalmente, actualizar este aviso.

Los cambios en este aviso se aplicarán a la información que ya tenemos, así como también a toda información que podemos recibir o generar en el futuro. Nuestro aviso actual está publicado en MHB.com y MHBPostal.com. Usted puede solicitar una copia en cualquier momento. Se brindan ejemplos en todo este aviso. Tenga en cuenta que es posible que no todos estos ejemplos apliquen a los servicios que Aetna le proporciona a su plan de beneficios de salud en particular.

B. ¿Qué tipo de información personal recopilamos?

Para brindarle el mejor servicio en beneficios, necesitamos información sobre usted. La información puede provenir de usted, de su empleador, o de otros pagadores o patrocinadores del plan de beneficios de salud, o de nuestras Filiales. Algunos ejemplos son los siguientes: su nombre, dirección, número de teléfono, número del Seguro Social, fecha de nacimiento, estado civil, información acerca de su empleo o historia clínica. También recibimos información acerca de usted de sus proveedores de atención médica y otros, por ejemplo, los servicios de atención médica que usted recibe. Esta información puede estar presente en reclamaciones y consultas de atención médica, información médica o una solicitud de servicio. Es posible que recibamos su información por escrito, por teléfono o de manera electrónica. En algunos casos, podemos preguntarle sobre su raza/grupo étnico o idioma. Sin embargo, usted tiene la opción de proporcionar esta información o no hacerlo.

C. ¿Cómo protegemos la privacidad de su información personal?

Mantener la seguridad de su información es una de nuestras tareas más importantes. Limitamos el acceso a su información personal, incluida raza/grupo étnico e idioma, a quienes la necesitan. Contamos con medidas de seguridad adecuadas para protegerla. Por ejemplo, protegemos el acceso a nuestros edificios y sistemas informáticos. Nuestra Oficina de privacidad también garantiza la capacitación de nuestro personal respecto de nuestras políticas de privacidad y seguridad.

D. ¿Cómo utilizamos y compartimos su información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica?

Para brindarle el servicio adecuado para sus beneficios, podemos usar y compartir su información personal con fines de "tratamiento", "pago" y "operaciones de atención médica". A continuación le brindamos ejemplos de cada caso. Podemos restringir la cantidad de información que compartimos sobre usted, según lo indica la ley. Por ejemplo, la información relacionada con VIH/SIDA, abuso de sustancias y genética puede contar con otras protecciones legales. Nuestras políticas de privacidad siempre reflejarán las leyes más protectoras que se aplican.

• **Tratamiento:** Podemos utilizar y compartir su información personal con proveedores de atención médica para la coordinación y administración de su atención médica. Entre los proveedores se encuentran médicos, hospitales y otros cuidadores que le brindan servicios.

• **Pago:** Podemos utilizar y compartir su información personal para determinar su elegibilidad, coordinar su atención médica, revisar sus necesidades médicas, pagar reclamaciones, obtener revisión externa y responder a reclamos. Por ejemplo, podemos utilizar información de su proveedor de atención médica para procesar sus reclamaciones. También podemos utilizar y compartir su información personal para obtener pagos de otros que sean responsables de tales costos. Podemos compartir su información personal con la Oficina de Administración de Personal (OPM) para disputar una reclamación.

• **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y compartir su información personal, incluida raza/grupo étnico e idioma, como parte de nuestras operaciones de servicios para sus beneficios. Entre las operaciones se encuentran las siguientes: acreditación de proveedores; actividades de mejora de calidad; acreditación realizada por organizaciones independientes; respuestas a sus preguntas, o programas de revisión externa o quejas; administración de casos y coordinación de la atención junto con la elaboración de programas de intervención, y el diseño y la dirección de materiales de extensión.

También podemos utilizar y compartir su información para nuestras actividades administrativas generales, como administración de beneficios de farmacia, detección e investigación de fraude con información compartida con el Inspector General de la OPM, auditorías, evaluaciones de riesgo, aseguramiento y mantenimiento de las políticas de reaseguro, o en la venta, transferencia o unificación, de forma total o parcial, de una empresa Aetna con otra entidad. Por ejemplo, podemos utilizar o compartir su información personal al fin de evaluar la calidad de la atención médica prestada, para recordarle acerca de su atención preventiva, o para informarle acerca de algún programa de control de enfermedades. No podemos utilizar ni divulgar la información acerca de su genas, su raza/grupo étnico ni idioma con fines de evaluación de riesgos, para establecer tarifas ni para denegarle cobertura o beneficios.

Su privacidad es importante

• También podemos compartir su información personal con proveedores y con otros planes de salud con fines de tratamiento, pago y ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información personal con otros planes de salud que usted o su patrocinador del plan hayan identificado cuando es posible que esos planes sean responsables de pagar ciertos beneficios de atención médica. O bien, podemos compartir información acerca del idioma con proveedores y profesionales de atención médica para informarles acerca de sus necesidades de comunicacionales.

Es posible que divulgaremos su información protegida de salud a la Oficina de Administración de Personal de los EE. UU. (OPM) en relación con pagos u operaciones de cuidado de salud según lo exija la ley. Es posible que también divulgaremos su información protegida de salud a la OPM para su Depósito de Datos de Reclamos del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB), y el programa Postal Service Health Benefits (PSHB).

Es posible que divulgaremos su información protegida de salud a la Oficina de Administración de Personal de los EE. UU. (OPM) en relación con pagos u operaciones de cuidado de salud según lo exija la ley.

E. ¿De qué otra manera utilizamos o compartimos su información?

También podemos utilizar o compartir su información personal para los siguientes fines o con las siguientes personas:

• **Hogar médico/organizaciones responsables de la salud:** MHB puede trabajar con su médico de atención primaria, sus hospitales y otros proveedores de atención médica para facilitar la coordinación de su tratamiento y atención médica. Su información se podrá compartir con sus proveedores de atención médica para ayudar en un abordaje de su salud en equipo.

• **Supervisión de atención médica y cumplimiento de la ley:** para cumplir con las reglas de las agencias de supervisión federales o estatales. Estas pueden incluir, entre otras, su departamento estatal de seguro, la OPM o el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

• **Procedimientos legales:** para cumplir con una orden judicial u otro proceso legal.

• **Opciones de tratamiento:** para informarle acerca de opciones de tratamiento, beneficios o servicios relacionados con la salud.

• **Patrocinador del plan:** para permitirle al patrocinador del plan, National Postal Mail Handlers Union, mantener registros de membresía precisos.

• **Investigación:** para investigadores siempre que todos los procedimientos requeridos por la ley se hayan realizado para proteger la privacidad de los datos.

• **Otras personas involucradas en su atención médica:** podemos compartir cierta información con un parente, como puede ser su cónyuge, amigo cercano y otros que haya identificado como personas involucradas con su atención médica o el pago de tal.

Por ejemplo, nosotros podemos confirmarles cierta información acerca de usted a esos individuos con conocimiento de una reclamación específica. También, si usted es un dependiente, podemos enviarle por correo postal una explicación de beneficios al suscriptor. Su familia también puede acceder a esta información en nuestro sitio web. Si usted no quiere que esta información se comparta, avísenos por escrito.

• **Representantes personales:** podemos compartir información personal con aquellos que tengan una relación que les otorgue el derecho de actuar en su nombre. Algunos ejemplos son los siguientes: padres de un menor emancipado o aquellos que tengan un poder de representación.

• **Socios de negocios:** con personas que nos brindan servicios y nos que garantizan que protegerán la información, por ejemplo, empresas que brindan beneficios de salud o comportamiento a su farmacia.

• **Otras situaciones:** también podemos compartir información personal en ciertas situaciones de interés público. Algunos ejemplos son los siguientes: protección de víctimas contra maltrato o negligencia, prevención de una amenaza grave a la salud o la seguridad, detección de enfermedades o dispositivos médicos, o información a las autoridades militares o de veteranos que usted es un miembro de las fuerzas armadas. También podemos compartir su información con forenses, por motivos de compensación laboral, de seguridad nacional, y según lo requiera la ley.

• **Indemnización a trabajadores:** para cumplir con las leyes de indemnización a trabajadores.

• **Según lo requiere la ley:** para cumplir con las obligaciones y requisitos legales.

• **Difuntos:** con 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 para 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 a 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.

• A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, según sea necesario, para el cumplimiento y la aplicación de HIPAA.

El destinatario podrá volver a divulgar la PHII publicada según la HIPAA y ya no estará protegida por la HIPAA.

Restricciones de uso y divulgación adicionales

Algunas leyes estatales y federales pueden exigir protecciones especiales de la privacidad, incluidos determinados requisitos para obtener declaraciones de los solicitantes, que limiten el uso y la divulgación de determinada información sensible de salud. Dichas leyes pueden proteger información relacionada con lo siguiente:

- Trastornos por abuso de sustancias o alcohol
- Información biométrica
- Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
- Enfermedades contagiosas
- Información genética
- VIH/SIDA
- Salud mental
- Menores
- Salud reproductiva
- Enfermedades de transmisión sexual

Seguiremos la ley que sea más estricta (o más protectora de su PHI), cuando nos sea aplicable. Si desea obtener más información sobre las restricciones adicionales de uso o divulgación que pueden aplicarse a su PHI confidencial, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Aetna.

F. ¿Hay otras maneras de compartir información? ¿Qué sucede cuando ya no está inscrito?

Le pediremos su permiso por escrito para utilizar o compartir su información de salud por motivos que no estén identificados en este aviso y que no estén permitidos ni exigidos por ley. Si usted retira su permiso, ya no utilizaremos ni compartirímos su información de salud por esos motivos.

Nosotros no destruimos su información cuando su cobertura finaliza. Es necesario utilizar y compartir su información, por varios de los motivos mencionados anteriormente, incluso luego de que finalice su cobertura. Sin embargo, continuaremos protegiendo su información sin importar la situación de su cobertura.

G. Derechos establecidos por ley

• **Solicitud de restricciones:** usted puede solicitar una restricción sobre cómo se utiliza o comparte su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, podemos decidir no aceptar una restricción solicitada.

• **Comunicación confidencial:** puede solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera, o en cierta ubicación con respecto a su salud y problemas relacionados. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos por correo postal, en lugar de hacerlo por teléfono, o en el trabajo, en lugar de en el hogar. Cumpliremos con las solicitudes razonables.

• **Acceso y copias:** puede inspeccionar y obtener una copia de cierta información de salud. Podemos cobrarle un cargo por los costos de hacer la copia, envío por correo, mano de obra y suministros relacionados con su pedido. Podemos denegar su solicitud de inspección o hacer copias en algunas situaciones. En algunos casos, se puede realizar una revisión de nuestra decisión de denegarla. Le notificaremos acerca de los costos pertinentes a estas solicitudes, y usted puede retirar la solicitud antes de que se cobre cualquier costo. También puede solicitar su información de salud de forma electrónica y se le brindará esta información mediante un formato seguro.

• **Enmienda:** puede solicitarnos que enmiendemos su información de salud si considera que es incorrecta o que está incompleta. Debe darse un motivo que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud si la información es correcta o conforme esté permitido por la ley. Puede enviarnos una declaración de desacuerdo.

• **Justificación de divulgación:** Puede solicitar un informe de ciertas ocasiones en que hayamos compartido su información. Por ejemplo, si compartimos su información para responder una orden judicial o con agencias gubernamentales que nos otorgan licencia. Todas las solicitudes de justificación de divulgación deben establecer un periodo que no contenga una fecha anterior a seis años de la fecha de la solicitud. Le notificaremos acerca de los costos pertinentes a estas solicitudes, y usted puede retirar la solicitud antes de que se cobre cualquier costo.

H. Para obtener más información o realizar un reclamo

Comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros para averiguar cómo ejercer cualquiera de sus derechos mencionados en este aviso o si tiene alguna pregunta acerca de este aviso. Encontrará el número de teléfono o la dirección en los documentos de los beneficios o en su tarjeta de miembro, o envíe un correo electrónico a la Oficina de privacidad de Aetna al PrivacyAetna@aetna.com. Si considera que no hemos cumplido con los términos de esta notificación, puede presentar un reclamo ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para realizar un reclamo ante el Secretario, envíe una carta a

200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 o llame al 877-696-6775.

No recibirá una multa por presentar un reclamo. Para comunicarse con nosotros, siga el proceso de reclamos, quejas o apelaciones que se encuentra en los documentos de los beneficios.

1 A efectos de este aviso, los pronombres "nosotros", "nos" y "nuestro", y los sustantivos "plan" y "MHB" se refieren a Aetna y a las empresas filiales licenciadas. Este aviso también se aplica al componente de atención médica de la empresa operadora de MHB, National Postal Mail Handlers Union.

2 Conforme a varias leyes, se pueden aplicar diferentes requisitos a diferentes tipos de información. Por lo tanto, utilizamos el término "información de salud" para referirnos a la información relacionada con la disposición o el pago de atención médica que esté identificada de manera individual. Utilizamos el término "información personal" para incluir tanto la información de salud como otra información identificable privada que obtengamos al brindarle.