

---

# Уведомление Wellcare о порядке использования персональной информации

---

**ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К НЕЙ. ПРОЧТИТЕ ЕГО ВНИМАТЕЛЬНО.**

**Действует с 12.14.2022**

For help to translate or understand this, please call **1-833-444-9089**. Hearing impaired should dial **711**. From Oct. 1 through March 31, we are open seven days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 through Sept. 30, we are open Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al **1-833-444-9089**. Las personas con problemas de audición deben marcar **711**. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

## Обязанности поставщика услуг здравоохранения

Wellcare является поставщиком услуг здравоохранения согласно определению и регулируется в соответствии с Законом о мобильности и подотчетности медицинского страхования от 1996 г. (HIPAA). По закону компания Wellcare обязана обеспечивать конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (PHI), предоставлять вам настоящее Уведомление о наших юридических обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности, связанных с вашей PHI, соблюдать условия Уведомления, которые действуют в настоящее время, и уведомлять вас в случае нарушения конфиденциальности вашей незащищенной PHI.

Это уведомление описывает способы использования и раскрытия вашей PHI. В нем также описываются ваши права на доступ, изменение и управление вашей PHI, а также способы реализации этих прав. Любое другое использование и раскрытие защищенной вашей PHI, не указанное в настоящем Уведомлении, будет осуществляться только с вашего письменного разрешения.

Wellcare оставляет за собой право вносить изменения в настоящее Уведомление. Мы оставляем за собой пересматривать или изменять Уведомление в отношении вашей PHI, имеющейся у нас, а также любой вашей PHI, которую мы получим в будущем. Wellcare незамедлительно пересмотрит и распространит настоящее Уведомление в случае внесения существенных изменений в следующие положения:

- использование или раскрытие информации;
- ваши права;
- наши юридические обязанности;
- другие положения о конфиденциальности, указанные в уведомлении.

Мы будем публиковать любые пересмотренные Уведомления на нашем веб-сайте или в отдельной рассылке.

# Внутренняя защита устной, письменной и электронной PHI

Wellcare защищает вашу PHI. Мы используем процессы для обеспечения конфиденциальности и безопасности, чтобы помочь.

Вот некоторые из способов, которыми мы защищаем вашу PHI:

- Мы обучаем наших сотрудников осуществлять наши процессы обеспечения конфиденциальности и безопасности.
- Мы требуем от наших деловых партнеров соблюдения процессов обеспечения конфиденциальности и безопасности.
- Мы обеспечиваем безопасность наших офисов.
- Мы говорим о вашей PHI только при необходимости с людьми, которым это необходимо.
- Мы обеспечиваем безопасность вашей PHI, когда отправляем или храним ее в электронном виде.
- Мы используем технологии, чтобы предотвратить доступ посторонних лиц к вашей PHI.

## Допустимое использование и раскрытие вашей PHI

Ниже приведен список разрешенных способов использования или раскрытия вашей PHI без вашего разрешения или согласия.

- **Лечение:** мы можем использовать или раскрывать вашу PHI врачу или другому поставщику медицинских услуг, предоставляющему вам лечение, для координации вашего лечения между поставщиками или для оказания нам помощи в принятии решений о предварительном разрешении, связанных с вашими льготами.
- **Оплата:** мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для осуществления выплат за предоставленные вам медицинские услуги. Мы можем раскрыть вашу PHI поставщику другого плана медицинского страхования, поставщику медицинских услуг или другому юридическому лицу, подпадающему под действие федеральных правил конфиденциальности, в целях оплаты. Платежная деятельность может включать:
  - обработку претензий;
  - рассмотрение услуг по медицинской необходимости;
  - определение приемлемости или страхового покрытия претензий;
  - выполнение оценки применимости претензий.
  - выставление счетов на уплату страховой премии;
- **Деятельность в области здравоохранения:** мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для ведения нашей деятельности в области здравоохранения. Эти виды деятельности могут включать:
  - предоставление услуг клиентам;
  - проведение медицинской экспертизы претензий и другой оценки качества;
  - ответы на жалобы и обращения;
  - деятельность по совершенствованию.
  - обеспечение управления оказанием медицинского ухода и координация ухода;

В нашей деятельности в сфере здравоохранения мы можем раскрывать PHI деловым партнерам. Мы заключим письменные соглашения об обеспечении конфиденциальности вашей PHI с этими лицами. Мы можем раскрывать вашу PHI другой организации, на которую распространяются федеральные правила конфиденциальности. Эта организация также должна иметь отношения с вами для осуществления своей деятельности в области здравоохранения. Это включает в себя следующее:

- мероприятия по оценке и улучшению качества;
- проверка компетентности или квалификации медицинских работников;
- управление делами и координация ухода;
- выявление или предотвращение мошенничества и злоупотреблений в сфере здравоохранения.

- **Раскрытие информации спонсором группового плана медицинского страхования:** мы можем раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию спонсору группового плана медицинского обслуживания, например, работодателю или другому юридическому лицу, предоставляющему вам программу медицинского обслуживания, если спонсор согласился с определенными ограничениями в отношении способов использования или раскрытия защищенной информации о здоровье (например, согласие не использовать защищенную информацию о здоровье для осуществления действий или принятия решений, связанных с работой).

## Другие разрешенные или требуемые раскрытия вашей PHI

- **Деятельность по сбору средств:** мы можем использовать или раскрывать вашу PHI для деятельности по сбору средств, например сбора средств для благотворительного фонда или аналогичной организации для финансирования их деятельности. Если мы свяжемся с вами для уведомления о сборе средств, то мы предоставим вам возможность отказаться или прекратить получение таких сообщений в будущем.
- **Для целей андеррайтинга:** мы можем использовать или раскрывать вашу PHI в целях андеррайтинга, например, для принятия решения о заявлении или запросе на предоставление страхового покрытия. Если мы используем или раскрываем вашу PHI в целях андеррайтинга, нам запрещается использовать или раскрывать вашу генетическую защищенную медицинскую информацию в процессе андеррайтинга.
- **Напоминания о приеме/альтернативах лечения:** мы можем использовать и раскрывать вашу PHI, чтобы напомнить вам о назначении лечения и медицинской помощи у нас или предоставить вам информацию об альтернативные варианты лечения или других льготах и услугах, связанных со здоровьем, например, информацию о том, как бросить курить или похудеть.
- **В соответствии с требованиями закона:** если в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата и/или местным законодательством требуется использование или раскрытие вашей PHI, мы можем использовать или раскрывать вашу PHI в той степени, в которой использование или раскрытие соответствует такому закону и ограничивается требованиями такого закона. Если два или более законов или нормативных актов, регулирующих одно и то же использование или раскрытие, противоречат друг другу, мы будем соблюдать более строгие законы или нормативные акты.
- **Мероприятия общественного здравоохранения:** мы можем раскрывать вашу PHI органу общественного здравоохранения с целью предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности. Мы можем раскрывать вашу PHI Управлению по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) для обеспечения качества, безопасности или эффективности продуктов или услуг, подпадающих под юрисдикцию FDA.
- **Жертвы жестокого обращения и пренебрежения:** мы можем раскрывать вашу PHI местным, государственным или федеральным органам власти, включая социальные службы или службы защиты, уполномоченным по закону получать такие сообщения, если у нас есть обоснованные подозрения в жестоком обращении, пренебрежении или домашнем насилии.

• **Судебные и административные разбирательства:** мы можем раскрывать вашу PHI в ходе судебных и административных разбирательств. Мы также можем раскрывать ее в ответ на следующее:

- постановление суда;
- вызов в суд;
- запрос документов;
- административный трибунал;
- ордер;
- аналогичный юридический запрос.
- повестку в суд;

• **Правоохранительные органы:** мы можем раскрывать вашу соответствующую PHI правоохранительным органам, когда это необходимо. Например, в ответ на:

- распоряжение суда;
- повестку в суд;
- повестку, выданную судебным приставом.
- судебный ордер;
- повестку в суд присяжных;

Мы также можем раскрывать вашу соответствующую PHI, чтобы идентифицировать или найти подозреваемого, скрывающегося от правосудия, важного свидетеля или пропавшего без вести.

• **Коронеры, судмедэксперты и распорядители похоронных бюро:** мы можем раскрывать вашу PHI коронеру или судебно-медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для определения причины смерти. Мы также можем раскрывать вашу PHI распорядителям похоронных бюро, если это необходимо для выполнения их обязанностей.

• **Донорство органов, глаз и тканей:** мы можем раскрывать вашу PHI организациям, закупающим органы. Мы также можем раскрывать вашу PHI лицам, которые занимаются закупками, банковским обслуживанием или трансплантацией:

- органов трупа;
- глаз;
- тканей.

• **Угрозы здоровью и безопасности:** мы можем использовать или раскрывать вашу PHI, если мы добросовестно полагаем, что использование или раскрытие необходимо для предотвращения или уменьшения серьезной или непосредственной угрозы здоровью или безопасности человека или общества.

• **Специализированные правительственные требования:** если вы являетесь военнослужащим вооруженных сил США, мы можем раскрывать вашу PHI в соответствии с требованиями военного командования. Мы также можем раскрывать вашу PHI:

- уполномоченным федеральным чиновникам органов национальной безопасности;
- органам разведки;
- Государственному департаменту для определения пригодности по медицинским показаниям;
- службам защиты Президента или иным уполномоченным лицам.

• **Компенсация работникам:** мы можем раскрывать вашу PHI в соответствии с законами, касающимися компенсации работникам или других подобных программ, установленных законом, которые предоставляют льготы в случае производственных травм или заболеваний без учета вины.

• **Чрезвычайные ситуации:** мы можем раскрывать вашу PHI в чрезвычайной ситуации, если вы недееспособны или отсутствуете, члену семьи, близкому другу, уполномоченному агентству по оказанию помощи при стихийных бедствиях или любому другому лицу, ранее указанному вами. Мы будем использовать профессиональное суждение и опыт, чтобы определить, отвечает ли раскрытие информации вашим интересам. Если раскрытие информации отвечает вашим интересам, мы будем раскрывать только PHI, которая имеет непосредственное отношение к участию человека в вашем лечении.

- **Заклученные:** если вы находитесь в исправительном учреждении или под стражей у сотрудника правоохранительных органов, мы можем передать вашу PHI исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов, если такая информация необходима учреждению для оказания вам медицинской помощи; для защиты вашего здоровья или безопасности; или здоровье или безопасность других лиц; или для охраны и безопасности исправительного учреждения.
- **Исследования:** при определенных обстоятельствах мы можем раскрывать вашу PHI исследователям, когда их клиническое исследование было одобрено и когда действуют определенные меры предосторожности для обеспечения конфиденциальности и защиты вашей PHI.

## Использование и раскрытие вашей PHI, для которых требуется ваше письменное разрешение

Мы обязаны получить ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI, за некоторыми исключениями, по следующим причинам:

- **Продажа защищенной медицинской информации:** мы запросим ваше письменное разрешение, прежде чем мы совершим какое-либо раскрытие, которое считается продажей вашей PHI, а это означает, что мы таким образом получаем компенсацию за раскрытие защищенной медицинской информации.
- **Маркетинг:** мы будем запрашивать ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI в маркетинговых целях с ограниченным числом исключений, например, когда мы проводим с вами маркетинговую коммуникацию или когда мы предоставляем рекламные подарки номинальной стоимости.
- **Психотерапевтическая документация:** мы запросим ваше письменное разрешение на использование или раскрытие любой вашей психотерапевтической документации, которая могут храниться у нас, за некоторыми исключениями, например, для определенных функций лечения, оплаты или медицинского обслуживания.

## Права отдельных лиц

Ниже приведены ваши права в отношении вашей PHI. Если вы хотите использовать какое-либо из следующих прав, свяжитесь с нами, используя информацию в конце этого Уведомления.

- **Право запрашивать ограничения:** вы имеете право потребовать ограничения использования и раскрытия вашей PHI для лечения, оплаты или медицинских операций, а также раскрытия информации лицам, участвующим в вашем уходе или оплате вашего ухода, например, членам семьи или близким друзьям. В вашем запросе должны быть указаны ограничения, которые вы запрашиваете, и на кого распространяется ограничение. Мы не обязаны выполнять этот запрос. Если мы согласны, мы выполним ваш запрос на ограничение только в том случае, если информация не потребуется для оказания вам неотложной помощи. Тем не менее, мы ограничим использование или раскрытие PHI для оплаты или медицинских операций планом медицинского страхования, если вы полностью оплатили услугу или товар самостоятельно.
- **Право запрашивать конфиденциальные сообщения:** вы имеете право потребовать, чтобы мы сообщали вам о вашей PHI с помощью альтернативных средств или в других местах. Это право применяется только в том случае, если информация может представлять для вас опасность, если она не будет передана альтернативными средствами или в альтернативное место, которое вы хотите. Вам не нужно объяснять причину вашего запроса, но должны заявить, что информация может представлять для вас опасность, если средства связи или местонахождение не будут изменены. Мы должны удовлетворить ваш запрос, если он разумен и указывает альтернативные средства или место, куда должна быть доставлена ваша PHI.

- **Право на доступ и получение копии вашей PHI:** вы имеете право, за некоторыми исключениями, просматривать или получать копии вашей PHI, содержащейся в указанном наборе записей. Вы можете запросить предоставление копий в формате, отличном от фотокопий. Мы будем использовать формат, который вы запрашиваете, за исключением случаев, когда это невозможно сделать на практике. Вы должны подать письменный запрос на получение доступа к вашей PHI. Если мы отклоним ваш запрос, мы предоставим вам письменное объяснение и сообщим вам, могут ли быть рассмотрены причины отказа. Мы также сообщим вам, как запросить такой пересмотр, или что отказ не может быть пересмотрен.
- **Право на внесение поправок в вашу PHI:** вы имеете право потребовать, чтобы мы внесли поправки или изменения в вашу PHI, если считаете, что она содержит неверную информацию. Ваш запрос должен быть составлен в письменной форме и должен объяснить, почему информация должна быть изменена. Мы можем отклонить ваш запрос по определенным причинам, например, если не мы составляли информацию, которую вы хотите изменить, и внести изменения может составитель PHI. Если мы отклоним ваш запрос, то предоставим вам письменное объяснение. Вы можете ответить заявлением о том, что не согласны с нашим решением, и мы приложим ваше заявление к PHI, которую вы запрашиваете, чтобы мы внесли поправки. Если мы примем ваш запрос на изменение информации, мы приложим разумные усилия, чтобы проинформировать других, в том числе названных вами лиц, об этой поправке и включить изменения в любое раскрытие этой информации в будущем.
- **Право на получение отчета о раскрытии информации:** вы имеете право на получение списка случаев за последние 6 лет, когда мы или наши деловые партнеры раскрывали вашу PHI. Это не относится к раскрытию информации в целях лечения, оплаты, медицинских операций или раскрытию информации, которое вы разрешили, и некоторым другим действиям. Если вы запрашиваете эту отчетность более одного раза в течение 12 месяцев, мы можем взимать с вас плату за ответ на эти дополнительные запросы. Мы предоставим вам дополнительную информацию о наших сборах во время вашего запроса.
- **Право на подачу жалобы:** если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены или что мы нарушили наши собственные правила конфиденциальности, вы можете подать нам жалобу в письменной форме или по телефону, используя контактную информацию, указанную в конце этого Уведомления.

Вы также можете подать жалобу секретарю Управления по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США, отправив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**). Или посетите веб-сайт **[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)**.

### **МЫ НЕ ПРЕДПРИМЕМ НИКАКИХ ДЕЙСТВИЙ ПРОТИВ ВАС ЗА ПОДАЧУ ЖАЛОБЫ**

- **Право на получение копии настоящего Уведомления:** вы можете запросить копию нашего Уведомления в любое время, используя контактную информацию, указанную в конце Уведомления. Если вы получили это Уведомление на нашем веб-сайте или по электронной почте, вы также имеете право запросить бумажную копию Уведомления.

## Контактная информация

Если у вас есть какие-либо вопросы об этом Уведомлении, наших методах обеспечения конфиденциальности в отношении вашей PHI или о том, как воспользоваться своими правами, вы можете связаться с нами в письменной форме или по телефону, используя контактную информацию, указанную ниже.

Wellcare Health Plans, Inc.  
Attention: Privacy Official  
P.O. Box 31386  
Tampa, FL 33631-3386  
**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

**Часы работы:** С 1 октября по 31 марта мы работаем семь дней в неделю с 8 а.м. до 8 р.м.  
С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м.

Ohana Health Plan — план, предлагаемый компанией WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.

Для жителей штата Washington: Страховая компания Health Net Life Insurance Company заключила контракт с Medicare для планов PPO. План "Wellcare by Health Net" выпускается компанией Health Net Life Insurance Company.

Для жителей штата Washington: План "Wellcare" обслуживается компанией Wellcare of Washington, Inc.

Для жителей штата Washington: План "Wellcare" обслуживается компанией WellCare Health Insurance Company of Washington, Inc.

Для участников New Mexico (NM) Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP): Как участник программы Wellcare by Allwell D-SNP, вы имеете покрытие как по программе Medicare, так и по программе Medicaid. Услуги Medicaid частично финансируются штатом Нью-Мексико. Для некоторых участников льготы программы NM Medicaid могут быть ограничены оплатой страховых взносов программы Medicare.

Для участников Louisiana D-SNP: Как участник программы Wellcare HMO D-SNP, вы пользуетесь страховым покрытием и от Medicare, и от Medicaid. Программа Medicare обеспечивает медицинское обслуживание и покрывает рецептурные препараты с привлечением компании Wellcare, а программа Louisiana Medicaid дает вам право на получение дополнительных медицинских услуг и покрытия. Узнайте больше о поставщиках, оказывающих услуги в рамках программы Louisiana Medicaid, посетив веб-сайт [www.myplan.healthy.la.gov/en/find-provider](http://www.myplan.healthy.la.gov/en/find-provider) или <https://www.louisianahealthconnect.com>. Для получения подробной информации о льготах Louisiana Medicaid посетите веб-сайт Medicaid по адресу <https://ldh.la.gov/medicaid> и нажмите на ссылку "Узнать об услугах Medicaid" (Learn about Medicaid Services). Чтобы запросить письменную копию нашего Каталога поставщиков услуг по программе Medicaid, свяжитесь с нами.

Уведомление: TennCare не несет ответственности за оплату данных льгот, за исключением сумм участия в издержках. TennCare не несет ответственности за гарантии доступности или качества таких льгот. Любые льготы сверх льгот традиционной страховки Medicare применимы только к программе Wellcare Medicare Advantage и не указывают на увеличение льгот по программе Medicaid.