
Уведомление WellCare Health Plan 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 03.01.2021

For help to translate or understand this, please call **1-877-374-4056**.

Hearing impaired **TTY (711)**.

Para obtener ayuda en la traducción o comprensión de este documento, llame al **1-877-374-4056**.

Si tiene una discapacidad auditiva, llame al **TTY (711)**

Обязанности поставщика услуг здравоохранения

WellCare является поставщиком услуг здравоохранения согласно определению и его деятельность 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;
 - определение приемлемости или страхового покрытия претензий;
 - выставление счетов на уплату страховой премии;
 - рассмотрение услуг по медицинской необходимости;
 - выполнение оценки применимости претензий.
- **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;
 - ответы на жалобы и обращения;
 - обеспечение управления делами и координация ухода;
 - проведение медицинской экспертизы претензий и другой оценки качества;
 - деятельность по совершенствованию.

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 альтернативных вариантах 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 РНІ в ходе судебных и административных разбирательств. Мы также можем раскрывать ее в ответ на следующее:
 - постановление суда;
 - административный трибунал;
 - повестку в суд;
 - вызов в суд;
 - ордер;
 - запрос документов;
 - аналогичный юридический запрос.
- **Правоохранительные органы:** мы можем раскрывать вашу соответствующую РНІ правоохранительным органам, когда это необходимо. Например, в ответ на:
 - распоряжение суда;
 - судебный ордер;
 - повестку в суд;
 - повестку, выданную судебным приставом;
 - повестку в суд присяжных.Мы также можем раскрывать вашу соответствующую РНІ, чтобы идентифицировать или найти подозреваемого, скрывающегося от правосудия, важного свидетеля или пропавшего без вести.
- **Коронеры, судмедэксперты и распорядители похоронных бюро:** мы можем раскрывать вашу РНІ коронеру или судебно-медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для определения причины смерти. Мы также можем раскрывать вашу РНІ распорядителям похоронных бюро, если это необходимо для выполнения их обязанностей.
- **Донорство органов, глаз и тканей:** мы можем раскрывать вашу РНІ организациям, закупающим органы. Мы также можем раскрывать вашу РНІ лицам, которые занимаются закупками, банковским обслуживанием или трансплантацией:
 - органов трупа;
 - глаз;
 - тканей.
- **Угрозы здоровью и безопасности:** мы можем использовать или раскрывать вашу РНІ, 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 РНІ в соответствии с требованиями военного командования. Мы также можем раскрывать вашу РНІ:
 - 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 РНІ 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 РНІ 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.

- **Заключенные:** 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 и 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 или позвонив по телефону **1-800-368-1019**, (TTY: **1-866-788-4989**) или посетите сайт **www.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 список контактной информации в конце Уведомления. Если вы получили это Уведомление на нашем веб-сайте или по электронной почте, вы также имеете право запросить бумажную копию Уведомления.

Контакты

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 Officer

P.O. Box 31386

Tampa, FL 33631-3386

1-888-240-4946 (TTY 711)