

---

# Notificación de prácticas de privacidad de WellCare

---

Nos preocupamos por su privacidad. Tiene derecho a saber cómo y cuándo compartimos su información médica. También tiene derecho a consultar su información. Esta notificación detalla el modo en que compartimos su información y cómo puede acceder a esta. Léala atentamente.

**Fecha de entrada en vigencia de esta Notificación de privacidad: 29 de marzo de 2012**  
**Revisada en julio de 2018**

Es posible que cambiemos nuestras prácticas de privacidad periódicamente. Si realizamos cambios importantes, le entregaremos una copia de la Notificación de privacidad nueva que indicará la fecha de entrada en vigencia de los cambios.

---

## Esta Notificación de privacidad se aplica a las siguientes entidades de WellCare:

- American Progressive Life & Health Insurance Company of New York
- Care 1st Health Plan Arizona, Inc.
- Easy Choice Health Plan, Inc.
- Exactus Pharmacy Solutions, Inc.
- Harmony Health Plan, Inc.
- Missouri Care, Incorporated
- OneCare by Care1st Health Plan of Arizona, Inc.
- SelectCare of Texas, Inc.
- SelectCare Health Plans, Inc.
- WellCare Health Insurance Company of America
- WellCare Health Insurance of Arizona, Inc., que también opera en Hawai'i como 'Ohana Health Plan, Inc.
- WellCare Health Insurance Company of Kentucky, Inc., que opera en Kentucky como WellCare of Kentucky, Inc.
- WellCare Health Plans of New Jersey, Inc.
- WellCare Health Insurance of New York, Inc.
- WellCare of Alabama, Inc.
- WellCare of Connecticut, Inc.
- WellCare of Florida, Inc., que opera en Florida como Staywell
- WellCare of Georgia, Inc.
- WellCare of Maine, Inc.
- WellCare of Nebraska, Inc.
- WellCare of New York, Inc.
- WellCare of South Carolina, Inc.
- WellCare of Texas, Inc.
- WellCare Prescription Insurance, Inc.

---

# Cómo podemos usar y compartir su información médica sin autorización por escrito

---

WellCare cuenta con reglas para proteger su privacidad y exige a sus empleados que protejan su información médica ya sea de manera oral, escrita o electrónica. Sin embargo, en las siguientes situaciones, no necesitamos su autorización por escrito para usar su información médica o compartirla con otras personas:

## **1. Tratamiento, pago y operaciones comerciales**

Es posible que tengamos que compartir su información médica para ayudar en su tratamiento, para asegurarnos de que los proveedores reciben los pagos y por otros motivos comerciales. Por ejemplo:

### **Tratamiento:**

- Es posible que compartamos su información con el proveedor de cuidados de la salud que lo trata.
- Por ejemplo, podemos permitir que el proveedor sepa qué medicamentos con receta está tomando.

### **Pagos:**

- Para proporcionarle cobertura médica y beneficios, debemos hacer cosas como cobrar primas y asegurarnos de que los proveedores reciban el pago por sus servicios.
- Utilizamos su información médica para realizar estas tareas financieras.

### **Operaciones de atención médica:**

- Es posible que compartamos su información para realizar nuestras operaciones de atención médica.
- Esto ayuda a proteger a los miembros de fraude, derroche y abuso.
- También nos ayuda a trabajar en los problemas y quejas de servicio al cliente.

### **Alternativas de tratamiento, y beneficios y servicios:**

- Es posible que usemos su información médica para comunicarle las opciones de tratamiento que tiene a su disposición.
- Le recordaremos sus citas y le informaremos sobre los beneficios o servicios de interés para usted.

### **Suscripción:**

- Es posible que usemos su información médica para la suscripción.
- Tenga en cuenta que no utilizaremos su información genética para este fin.

### **Familiares, parientes o amigos cercanos involucrados en su cuidado:**

- A menos que usted tenga alguna objeción, es posible que compartamos su información médica con sus familiares, parientes o amigos cercanos que tienen su autorización para estar involucrados en sus cuidados médicos.

- Si no puede aceptar u objetar, podemos decidir si compartir su información le será beneficioso.
- Si decidimos compartir su información médica en tal caso, solo compartiremos la información necesaria para su tratamiento o pago.

### **Socios comerciales:**

- Es posible que compartamos su información con un socio comercial que la necesite para trabajar con nosotros.
- Solo lo haremos si el socio firma un acuerdo para proteger su privacidad.
- Algunos ejemplos de socios comerciales incluyen auditores, abogados y consultores.

## **2. Necesidad pública**

Es posible que usemos y compartamos su información médica para cumplir con la ley o satisfacer las necesidades públicas importantes que se describen a continuación:

- La ley nos exige que lo hagamos.
- Cuando funcionarios de salud pública necesitan la información por asuntos de salud pública.
- Cuando agencias gubernamentales necesitan la información para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones.
- Si consideramos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Si una persona o compañía regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) necesita su información para informar o hacer un seguimiento de los defectos de un producto; reparar, reemplazar o retirar del mercado productos defectuosos; o bien, hacer un seguimiento de un producto después de que la FDA lo aprueba para su uso por parte del público.
- Si un tribunal nos ordena que divulguemos su información.
- Cuando oficiales encargados del cumplimiento de la ley necesitan la información para cumplir con órdenes judiciales o leyes, o para encontrar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida.
- Para prevenir una amenaza de salud grave para usted, otra persona o el público; solo compartiremos la información con una persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- Para investigación.
- Cuando la ley requiere la información para el programa de compensación laboral u otros programas que cubren lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo no asociadas a fraude.
- Si autoridades militares necesitan su información para una misión.
- Cuando funcionarios federales necesitan la información para trabajar en asuntos de seguridad nacional o inteligencia, o bien, para proteger al Presidente u otros funcionarios.
- Cuando oficiales penitenciarios necesitan la información para proporcionarle atención médica o mantener la seguridad en el lugar donde se encuentra confinado.

- En el desafortunado caso de su fallecimiento, cuando un forense o médico forense, por ejemplo, la necesita para determinar la causa del fallecimiento.
- Cuando directores de una funeraria la necesitan para poder llevar a cabo sus tareas.
- En el desafortunado caso de su fallecimiento, cuando organizaciones que almacenan órganos, ojos u otros tejidos la necesitan a fin de determinar si la ley permite donación o trasplante.

### **3. Información completamente anónima y parcialmente anónima.**

Usted debe conocer estos dos tipos de información:

- Información médica “**completamente anónima**”: compartimos esta información solo después de haber eliminado cualquier dato que pueda revelar su identidad.
- Información médica “**parcialmente anónima**”: no contendrá ningún dato que pueda identificarlo directamente (como su nombre, dirección de correo postal, número de Seguro Social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia de conducir).
- Solo compartimos la información parcialmente anónima por motivos de salud pública, investigación u operaciones comerciales y la persona que recibe la información debe firmar un acuerdo para proteger su privacidad según lo exigido por la ley.

---

## **Requisitos de autorización por escrito**

---

Anteriormente en esta notificación, mencionamos algunos de los motivos por los que podríamos usar su información médica sin su autorización por escrito; estos incluyen los siguientes:

- Tratamiento.
- Pagos.
- Operaciones de atención médica.
- Otros motivos mencionados en esta notificación.

Sin embargo, necesitamos contar con su autorización por escrito para usar su información médica por otros motivos, que pueden incluir los siguientes:

- Divulgaciones de notas de psicoterapia (según corresponda).
- Propósitos de comercialización.
- Divulgaciones para vender información médica.

Puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

---

# Sus derechos a acceder y controlar su información médica

---

Queremos que conozca estos derechos.

## **1. Derecho a acceder a su información médica.**

Puede obtener una copia de su información médica, excepto:

- Información contenida en notas de psicoterapia.
- Información recopilada con anticipación a un procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en estos procedimientos.
- Con algunas excepciones, información sujeta a las Enmiendas para el Mejoramiento de los Laboratorios Clínicos (CLIA) de 1988.

Es posible que contemos con registros médicos electrónicos (EHR) suyos y usted tiene derecho a obtenerlos en formato electrónico. Puede solicitarnos que enviemos una copia de sus EHR a un tercero de su elección.

### **Cómo acceder a su información médica:**

- Envíe su solicitud por escrito a la dirección que aparece más abajo en esta Notificación de privacidad.
- En la mayoría de los casos, responderemos dentro de los 30 días si contamos con la información en nuestro centro.
- Responderemos dentro de los 60 días si la información se encuentra en otro centro.
- Le informaremos si necesitamos más tiempo para responder.

Es posible que le cobremos un cargo para cubrir algunos costos como el envío. Si solicita una copia de un EHR, únicamente le cobraremos nuestros costos de mano de obra.

Es posible que no le brindemos acceso a su información médica si:

- Es razonablemente probable que esta lo ponga a usted o a otra persona en peligro.
- Se refiere a otra persona y un profesional de cuidado de la salud con licencia determina que es probable que su acceso perjudique a esa persona.
- Un profesional de cuidado de la salud con licencia determina que su acceso como representante de otra persona probablemente ocasione un perjuicio para esa u otras personas.

Si rechazamos su solicitud por uno de estos motivos, puede solicitar una revisión. Tiene derecho a obtener una explicación por escrito de los motivos de la denegación.

## **2. Tiene derecho a cambiar información médica que no es correcta**

Puede solicitarnos por escrito que cambiemos información que considera que es incorrecta o está incompleta. Le responderemos dentro de los 60 días. En caso de que no contemos con la información, le informaremos cómo comunicarse con quien la tenga. En algunos casos, podemos rechazar su solicitud, y usted podrá expresar su disconformidad y solicitar que su declaración se incluya cuando compartamos su información en el futuro.

### **3. Tiene derecho a saber cuándo compartimos su información**

Puede solicitarnos un informe de divulgaciones de su información médica en los últimos seis años. Nuestra respuesta no incluirá las siguientes divulgaciones:

- Las que le efectuamos a usted o a su representante personal por pago, tratamiento u operaciones de atención médica.
- Las que autorizó por escrito.
- Las efectuadas a familiares y amigos involucrados en su cuidado o en el pago de su cuidado.
- Las utilizadas para investigación, salud pública o nuestras operaciones comerciales.
- Las efectuadas a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia, realizadas a instituciones correccionales o para el cumplimiento de la ley.
- Los usos o las divulgaciones de otro modo permitidas o exigidas por ley.

#### **Cómo solicitar un informe de divulgaciones:**

- Escriba a la dirección que aparece más abajo en esta Notificación de privacidad.
- Si no tenemos su información médica, le proporcionaremos la información de contacto de quien la tenga.
- Le responderemos dentro de los 60 días.

Puede obtener un informe gratuito por año. Es posible que le cobremos un cargo si solicita más informes dentro de los mismos 12 meses.

### **4. Tiene derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales**

Puede solicitarnos que impongamos más restricciones sobre el uso o la divulgación de su información médica. Si aceptamos su solicitud, estableceremos estas restricciones, excepto en caso de emergencia. No es necesario que aceptemos la restricción, a menos que:

- Se necesite la divulgación para realizar pagos u operaciones de atención médica y no se requiera de otro modo por ley.
- La información médica se relacione solo con un elemento o servicio de atención médica que usted o una persona en su nombre pagó en su totalidad de bolsillo.

Puede cancelar las restricciones en cualquier momento.

### **5. Tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted a través de modos alternativos.

#### **Cómo solicitar comunicaciones alternativas:**

- Envíe su solicitud a la dirección que aparece más abajo en esta Notificación de privacidad.
- En su solicitud indique claramente que la divulgación de su información médica puede ponerlo en peligro y mencione cómo o dónde desea recibir las comunicaciones.

## **6. Tiene derecho a saber si hubo una irrupción**

La ley nos exige que mantengamos la confidencialidad de su información médica. Por lo tanto, tomamos medidas para proteger la información en archivos electrónicos. Cuando una persona accede sin autorización, ocurre una irrupción. Si esto sucede, se lo informaremos y en algunos casos publicaremos una notificación en nuestro sitio web ([www.wellcare.com](http://www.wellcare.com)) o en un medio de noticias de su área.

## **7. Tiene derecho a obtener una copia impresa de esta notificación**

Puede solicitar una copia impresa de esta notificación. Para hacerlo, envíe su solicitud por escrito a la dirección que aparece en esta página de la Notificación de privacidad. También puede visitar nuestro sitio web en [www.wellcare.com](http://www.wellcare.com).

---

# Varios

---

## **1. Cómo comunicarse con nosotros**

Infórmenos si tiene preguntas sobre esta Notificación de privacidad. Puede comunicarse con nosotros de cualquiera de las siguientes formas:

- Llame a nuestro Funcionario de Privacidad al **1-888-240-4946** (TTY **711**).
- Llame al número gratuito que figura al dorso de su tarjeta de miembro.
- Visite [www.wellcare.com](http://www.wellcare.com).
- Escribanos a:

WellCare Health Plans, Inc.  
Attention: Privacy Officer  
P.O. Box 31386  
Tampa, FL 33631-3386

## **2. Reclamos**

Puede presentar un reclamo si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. Para hacerlo, puede comunicarse con nosotros a través de uno de los medios indicados arriba. También puede enviar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar un reclamo ya que es su derecho.

## **3. Otros derechos**

Esta Notificación de privacidad explica sus derechos en virtud de la ley federal. Sin embargo, algunas leyes estatales pueden otorgarle derechos incluso mayores. Estos pueden incluir derechos de acceso y enmienda más favorables. Algunas leyes estatales pueden brindarle más protección para la información confidencial en las siguientes áreas:

- VIH/SIDA
- Abuso de alcohol y drogas
- Enfermedades de transmisión sexual
- Salud mental
- Salud reproductiva

Si las leyes de su estado le brindan mayores derechos que los mencionados en esta notificación, cumpliremos con dichas leyes.

