

---

# Notificación de Prácticas de Privacidad de WellCare

---

Nos preocupamos por su privacidad. Usted tiene derecho a saber cómo y cuándo compartimos su información médica. También tiene derecho a ver su información. Esta notificación detalla cómo compartimos su información y cómo usted puede acceder a ella. Por favor léala atentamente.

**Fecha de vigencia de esta Notificación de Privacidad: 29 de marzo de 2012**

**Revisada en agosto de 2017**

Ocasionalmente, podemos modificar nuestras prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, le entregaremos una copia de la nueva Notificación de Privacidad. Esta indicará cuándo entrarán en vigencia 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.
- Heritage Health Systems of New York, Inc.
- Missouri Care, Incorporated
- One Care by Care1st Health Plan of Arizona, Inc.
- SelectCare of Texas, Inc.
- SelectCare Health Plans, Inc.
- Today's Options of Texas, Inc.
- WellCare Health Insurance of Arizona, Inc., que también opera en Hawai'i como 'Ohana Health Plan, Inc.
- WellCare Health Insurance Company of Kentucky, Inc., operando en Kentucky como WellCare of Kentucky, Inc.
- WellCare Health Plans of New Jersey, Inc.
- WellCare of Connecticut, Inc.
- WellCare of Florida, Inc., operando en Florida como Staywell
- WellCare of Georgia, 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 utilizar y compartir su información de salud sin su permiso por escrito

---

WellCare tiene reglas para proteger su privacidad. WellCare requiere que sus empleados protejan su información de salud en forma oral, escrita y electrónica. Sin embargo, estas son situaciones en las que no necesitamos su permiso por escrito para utilizar su información de salud o compartirla con otros:

## **1. Tratamiento, pago y operaciones de negocios**

Es posible que debamos compartir su información de salud para ayudar en su tratamiento. Podemos compartirla para asegurarnos de que los proveedores reciban sus pagos y por otras razones de negocios. Por ejemplo:

### **Tratamiento:**

- Podemos compartir su información con un proveedor de cuidado de la salud que lo esté tratando.
- Por ejemplo, podemos comunicar al proveedor qué medicamentos con receta está tomando.

### **Pago:**

- Para proporcionarle cobertura y beneficios de salud, debemos realizar operaciones como cobrar primas y asegurarnos de que se les pague a los proveedores por sus servicios.
- Utilizamos su información de salud para llevar a cabo estas tareas financieras.

### **Operaciones de cuidado de la salud:**

- Podemos compartir su información para realizar nuestras operaciones de cuidado de la salud.
- Esto ayuda a proteger a los miembros de fraudes, gastos innecesarios y abuso.
- También nos ayuda a resolver problemas relacionados con el servicio al cliente y las protestas.

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

- Podemos utilizar su información de salud para informarle sobre opciones de tratamiento disponibles para usted.
- Le recordaremos sus citas y le informaremos sobre beneficios o servicios que puedan interesarle.

### **Contratación de seguros:**

- Podemos utilizar su información de salud para la contratación de seguros.
- Por favor tenga en cuenta que no utilizaremos su información genética para la contratación de seguros.

### **Miembros de su familia, parientes o amigos cercanos que participan en su cuidado:**

- A menos que usted lo objete, podemos compartir su información de salud con los miembros de su familia, parientes o amigos cercanos que tengan su permiso para participar en su cuidado médico.
- Si usted no puede aceptarlo u objetarlo, podemos decidir si compartir su información puede beneficiarlo.
- Si en tal caso decidimos compartir su información de salud, solo compartiremos la información necesaria para su tratamiento o pago.

## **Socios de negocios:**

- Podemos compartir su información con un socio de negocios que la necesite para trabajar con nosotros.
- Solo lo haremos si el socio firma un acuerdo para proteger su privacidad.
- Como ejemplo de socios de negocios se incluyen auditores, abogados y consultores.

## **2. Necesidad pública**

Podemos utilizar y compartir su información de salud para cumplir las normas establecidas por la ley o para satisfacer necesidades públicas importantes, descritas a continuación:

- La ley nos obliga a hacerlo.
- Cuando los funcionarios de salud pública necesitan la información por asuntos de salud pública.
- Cuando las agencias del gobierno necesitan la información para actividades tales como 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 reportar o hacer un seguimiento de defectos de productos; para reparar, reemplazar o retirar del mercado productos defectuosos; o para realizar un seguimiento de un producto después de que la FDA lo aprueba para su uso por el público.
- Si un tribunal nos ordena divulgar su información.
- Cuando los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley necesitan la información para cumplir órdenes judiciales o leyes, o para ayudar a encontrar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida.
- Para prevenir una amenaza grave de salud para usted, otra persona o el público en general – solo compartiremos la información con una persona capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- Con fines de investigación.
- Cuando la información es necesaria según la ley para compensación de trabajadores u otros programas que cubren lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, y que no se relacionan con el fraude.
- Si oficiales militares necesitan su información para una misión.
- Cuando funcionarios federales necesiten la información para trabajar en asuntos de seguridad nacional o inteligencia, o para proteger al Presidente u otros funcionarios.
- Si funcionarios de prisiones necesitan la información para brindarle cuidado de la salud o para mantener la seguridad en el lugar donde usted está confinado.
- En el desafortunado caso de su fallecimiento, a un médico forense o examinador médico, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte.
- A directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus funciones.
- En el desafortunado caso de su fallecimiento, a organizaciones que almacenan órganos, ojos u otros tejidos, para que puedan averiguar si una donación o trasplante está permitido por la ley.

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

Existen dos tipos de información que usted debe conocer:

- Información de salud “**completamente encubierta**”: Solo la compartimos después de eliminar todo lo que pueda indicar a otra persona quién es usted.
- Información de salud “**parcialmente encubierta**”: No contendrá ningún dato que permita identificarlo directamente (por ejemplo, su nombre, dirección, número de Seguro Social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).
- Compartimos información parcialmente encubierta solo con fines de salud pública, investigación u operaciones de negocios, y la persona que la recibe debe firmar un acuerdo para proteger su privacidad, tal como lo requiere la ley.

---

## **Requisito de autorización por escrito**

---

Anteriormente en esta notificación enumeramos algunas de las razones por las que podemos utilizar su información de salud sin su autorización por escrito, incluidas:

- Tratamiento
- Pago
- Operaciones de cuidado de la salud
- Otras razones enumeradas en esta notificación

Sin embargo, necesitamos su autorización por escrito para utilizar su información de salud por otras razones, que pueden incluir:

- Divulgación de notas de psicoterapia (según corresponda)
- Con fines de mercadeo
- Divulgaciones para vender información de salud

Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

---

# Sus derechos a acceder y a controlar su información de salud

---

Queremos que usted conozca estos derechos.

## **1. Derecho a acceder a su información de salud.**

Usted puede obtener una copia de su información de salud, con excepción de la información:

- Incluida en notas de psicoterapia.
- Recopilada previendo un procedimiento civil, criminal o administrativo, o para ser utilizada en ellos.
- Con algunas excepciones, información sujeta a las Enmiendas para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos de 1988 (CLIA).

Es posible que tengamos registros de salud electrónicos (EHR) sobre usted. Usted tiene derecho a obtenerlos en formato electrónico. Puede pedirnos que enviemos una copia de su EHR a un tercero que usted elija.

### **Cómo acceder a su información de salud:**

- Envíe su solicitud por escrito a la dirección indicada más adelante en esta Notificación de Privacidad.
- En la mayoría de los casos, le responderemos dentro de los 30 días si tenemos la información en nuestras instalaciones.
- Le responderemos dentro de los 60 días si está en otra instalación.
- Le haremos saber si necesitamos más tiempo para responder.

Podemos cobrarle un cargo para cubrir costos, como porte postal. Si usted solicita una copia de un EHR, no le cobraremos más que los costos de nuestra mano de obra.

Es posible que no le permitamos acceder a su información de salud si:

- Es razonablemente probable que ponga a usted o alguien más en peligro.
- Se refiere a otra persona y un profesional con licencia del cuidado de la salud determina que su acceso probablemente perjudique a esa persona.
- Un profesional con licencia del cuidado de la salud determina que su acceso como representante de otra persona probablemente causaría daños a dicha persona o a un tercero.

Si rechazamos su solicitud por una de estas razones, usted puede solicitar una revisión. Usted tiene derecho a recibir una explicación por escrito de las razones del rechazo.

## **2. Usted tiene derecho a cambiar información de salud que no sea correcta**

Usted puede solicitarnos que cambiemos información que considere incorrecta o incompleta. Solicítelo por escrito. Le responderemos dentro de los 60 días. Es posible que no tengamos la información. Si ese es el caso, le diremos cómo comunicarse con alguien que la tenga. En algunos casos podemos rechazar su solicitud. Usted puede entonces expresar su desacuerdo. Puede solicitar que su declaración sea incluida cuando compartamos su información en el futuro.

### **3. Usted tiene derecho a saber cuándo compartimos su información**

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

- Aquellas con fines de pago, tratamiento u operaciones de cuidado de la salud que le hayamos hecho a usted o a su representante personal.
- Las que usted haya autorizado por escrito.
- Las efectuadas a sus familiares y amigos involucrados en su cuidado o en el pago de su cuidado.
- Las efectuadas con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones de negocios.
- Las efectuadas a funcionarios federales para la seguridad nacional y para actividades de inteligencia, y las efectuadas a instituciones correccionales o de cumplimiento de la ley.
- Usos o divulgaciones de otra manera permitidas o requeridas por la ley.

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

- Escriba a la dirección indicada más adelante en esta Notificación de Privacidad.
- Si no tenemos su información de salud, le daremos la información de contacto de quien la tenga.
- Le responderemos dentro de los 60 días.

Usted puede recibir un informe gratis cada año. Podemos cobrarle un cargo por solicitudes adicionales dentro de un mismo período de 12 meses.

### **4. Usted tiene derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales**

Puede solicitarnos que apliquemos más restricciones al uso o divulgación de su información de salud. Si estamos de acuerdo con su solicitud, aplicaremos esas restricciones, excepto en casos de emergencia. No es necesario que estemos de acuerdo con una restricción, a menos que:

- La divulgación sea necesaria para efectuar pagos u operaciones de cuidado de la salud y no sea de otra manera requerida por la ley.
- La información de salud solo se refiere a un elemento o servicio del cuidado de su salud que usted o alguien en su nombre ha pagado de su bolsillo en su totalidad.

Usted puede anular las restricciones en cualquier momento.

### **5. Usted tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de maneras alternativas.

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

- Envíe su solicitud a la dirección indicada más adelante en esta Notificación de Privacidad.
- Indique claramente en su solicitud que la divulgación de su información de salud podría ponerlo en peligro, y detalle cómo o dónde desea recibir las comunicaciones.

## **6. Usted tiene derecho a saber si hubo una violación de acceso**

La ley nos obliga a mantener el carácter privado de su información de salud. Tomamos medidas para proteger la información guardada en archivos electrónicos. Cuando alguien accede a ella sin autorización, esto se llama una violación de acceso. Le informaremos si eso sucede. En algunos casos publicaremos un aviso en nuestro sitio web ([www.wellcare.com](http://www.wellcare.com)) o en un medio de comunicación en su área.

## **7. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación**

Usted puede pedirnos una copia impresa de esta notificación. Por favor envíe su solicitud por escrito a la dirección indicada 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**

Déjenos saber si tiene preguntas sobre esta Notificación de Privacidad. Puede comunicarse con nosotros en una de las siguientes maneras:

- Llame a nuestro funcionario de privacidad al 1-888-240-4946 (TTY 1-877-247-6272)
- Llame al número sin cargo indicado en la parte posterior 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. Quejas**

Usted puede quejarse si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. Para ello, comuníquese con nosotros de alguna de las maneras mencionadas anteriormente. También puede enviar una queja por escrito a U.S. Department of Health and Human Services. No tomaremos represalias contra usted por quejarse. Usted tiene ese derecho.

## **3. Otros derechos**

Esta Notificación de Privacidad explica sus derechos bajo la ley federal. Sin embargo, algunas leyes estatales pueden darle aún más derechos. Esto puede incluir derechos de acceso y enmienda más favorables. Algunas leyes estatales pueden brindarle más protección con respecto a información delicada en estas áreas:

- VIH/sida
- Abuso de alcohol y drogas
- Enfermedades de transmisión sexual
- Salud del comportamiento
- Salud reproductiva

Si la ley de su estado le da mayores derechos que los señalados en esta notificación, cumpliremos la ley de su estado.

