

---

# WellCare 개인정보 보호 수칙 고지

---

저희는 개인정보 보호를 중요하게 여깁니다. 귀하는 자신의 의료 정보가 언제 어떻게 공유되는지 알 권리가 있습니다. 또한 귀하는 자신의 정보를 볼 권리가 있습니다. 본 고지는 저희가 귀하의 정보를 어떻게 공유하며 귀하가 그 정보에 어떻게 접근할 수 있는지 상세하게 기술합니다. 주의 깊게 읽어보시기 바랍니다.

**본 개인정보 보호 고지 발효일: 2012년 3월 29일**

**2019년 6월 개정**

때로는 개인정보 보호 수칙을 변경할 수 있습니다. 주요 사항이 변경되는 경우, 새로운 개인정보 보호 고지 사본을 제공해 드립니다. 해당 변경 내용이 언제 발효되는지도 알려 드립니다.

---

**본 개인정보 보호 고지는 다음과 같은 WellCare 조직들에 적용됩니다.**

- American Progressive Life & Health Insurance Company of New York
- Care 1st Health Plan Arizona, Inc.
- WellCare of California, 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., - Hawai'i에서는 'Ohana Health Plan, Inc.로 운영
- WellCare Health Insurance Company of Kentucky, Inc., Kentucky에서는 WellCare of Kentucky, Inc.로 운영
- 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., Staywell Health Plan of Florida로 영업 중
- WellCare of Florida, Inc.에서 운영하는 Staywell Kids and Children's Medical Services Health Plan
- WellCare of Florida, Inc.
- WellCare of Georgia, Inc.
- WellCare of Maine, Inc.
- WellCare of Nebraska, Inc.
- WellCare of New York, Inc.
- WellCare of North Carolina, Inc.
- WellCare of South Carolina, Inc.
- WellCare of Texas, Inc.
- WellCare Prescription Insurance, Inc.
- WellCare Health Plans of Arizona, Inc.
- Meridian Health Plan of Illinois, Inc.
- Meridian Health Plan of Michigan, Inc.

- MeridianRX, LLC
- WellCare Health Insurance Company of New Hampshire, Inc.
- WellCare Health Insurance Company of Washington, Inc.
- WellCare Health Insurance of Connecticut, Inc.
- WellCare Health Insurance of North Carolina, Inc.
- WellCare National Health Insurance Company
- WellCare of Missouri Health Insurance Company, Inc.
- WellCare of New Hampshire, Inc.
- WellCare Health Insurance of Tennessee, Inc.
- WellCare of Tennessee, Inc.
- WellCare of Washington, Inc.

---

## 서면 허가 없이 귀하의 건강 정보를 이용하고 공유하는 방법

---

WellCare에는 개인정보를 보호하기 위한 규칙이 있습니다. WellCare는 직원들에게 구두의, 서면의, 전자 형태의 개인 건강 정보를 보호할 것을 요구합니다. 하지만 다음과 같은 상황에서는 귀하의 서면 허가 없이 귀하의 건강 정보를 이용하거나 타인과 공유할 수 있습니다.

### 1. 진료, 금전 지불, 운영 업무

귀하에 대한 진료를 돕기 위해 귀하의 건강 정보를 공유해야만 할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자에게 금전이 지불되도록 그리고 다른 사업상 이유로 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 예를 들면 아래와 같습니다.

#### 진료:

- 저희는 귀하를 진료하는 의료 서비스 제공자와 정보를 공유할 수 있습니다.
- 예를 들어 귀하가 어떤 처방약을 복용하고 있는지 의료 서비스 제공자에게 알려줄 수 있습니다.

#### 금전 지불:

- 귀하에게 건강보험 적용 및 혜택을 제공하기 위해 저희는 보험료를 징수할 뿐 아니라 의료 제공자에게 그 서비스에 대한 지불이 이루어지게 하는 등의 일을 해야 합니다.
- 저희는 그런 재무 업무를 위해 귀하의 건강 정보를 이용할 수 있습니다.

#### 의료 서비스 운용:

- 저희는 의료 서비스 운용을 위해 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.
- 이는 사기, 폐기, 오남용으로부터 회원들을 보호해 줍니다.
- 또한 저희의 고객 서비스 문제 및 불만사항 처리를 지원합니다.

#### 진료 대안 및 혜택과 서비스:

- 저희는 귀하에게 적용 가능한 진료 옵션들을 알려주기 위해 귀하의 건강 정보를 이용할 수 있습니다.
- 귀하에게 예정된 약속을 알려 주고 귀하에게 이익이 되는 서비스나 혜택에 대해 알려 드립니다.

## 보험 약정:

- 저희는 보험 약정을 위해 귀하의 건강 정보를 이용할 수 있습니다.
- 보험 약정을 위해 유전 정보를 이용하지는 않는다는 점에 유념하십시오.

## 귀하 진료에 관여하는 가족, 친척, 가까운 친구:

- 귀하가 반대하지 않는 한, 저희는 의료 서비스에 관여하도록 귀하의 허락을 받은 가족이나 친척 또는 가까운 친구와 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.
- 귀하가 찬성 또는 반대를 할 수 없는 경우, 저희는 귀하 정보의 공유가 귀하에게 최선의 이익이 되는지 여부를 결정할 수 있습니다.
- 그런 경우에 저희가 귀하 건강 정보의 공유를 결정한다면 진료나 금전 지불을 위해 필요한 정보만을 공유할 것입니다.

## 사업 협력자:

- 저희는 업무 협력을 위해 정보를 필요로 하는 사업 협력자와 귀하에 대한 정보를 공유할 수 있습니다.
- 단, 해당 협력자가 개인정보 보호 합의에 서명하는 경우에만 그렇게 할 것입니다.
- 사업 협력자의 예로는 감사자, 변호사, 컨설턴트 등이 있습니다.

## 2. 공적 요구

저희는 법률 준수를 위해, 또는 아래 기술된 공적 요구를 충족시키기 위해 귀하의 건강 정보를 이용하고 공유할 수 있습니다.

- 법률에 따라 그렇게 할 것이 요구됩니다.
- 공중 보건 담당자가 공중 보건 문제를 위해 정보를 필요로 할 때.
- 정부 기관이 감사나 조사 및 검사 같은 일을 위해 정보를 필요로 할 때.
- 저희 생각에 귀하가 학대나 방치 또는 가정 폭력 피해자인 것으로 여겨지는 경우.
- 식품의약국(FDA - Food and Drug Administration)의 규제를 받는 개인 또는 회사가 제품 결함을 보고하거나 추적하기 위해, 결함 있는 제품을 수리하거나 교체 또는 회수하기 위해, FDA가 대중의 사용을 승인한 이후에 제품 추적을 유지하기 위해 귀하의 정보를 필요로 하는 경우.
- 법원이 귀하에 대한 정보의 공개를 명령하는 경우.
- 법률 집행기관의 담당자가 법원 명령 또는 법률 준수를 위해, 또는 용의자, 도주자, 목격자 또는 실종자를 찾기 위해 정보를 필요로 하는 경우.
- 귀하나 타인 또는 대중에 대한 중대한 건강상 위협을 방지하기 위해 - 위협 방지에 도움을 줄 수 있는 사람과만 정보를 공유할 것입니다.
- 연구를 위해.
- 사기에 연루되지 않은 직무상 상해 또는 질환에 적용되는 근로자 보상/산재 보상 또는 기타 프로그램을 위해 법률상 정보가 필요한 경우.
- 군대 관계자가 임무 수행을 위해 귀하 정보를 필요로 하는 경우.

- 연방 관계자가 국가 안보나 정보 업무를 위해, 또는 대통령이나 기타 관계자 보호를 위해 정보를 필요로 하는 경우.
- 교도관이 귀하가 수감되어 있는 곳의 안전 유지를 위해, 또는 귀하에게 의료 서비스를 제공하기 위해 정보를 필요로 하는 경우.
- 사망 사건 발생 시, 검사관이나 법의관에게 - 예를 들어 사망 원인을 밝히기 위한 경우.
- 장의사가 직무를 수행할 수 있도록 장의사에게.
- 사망 사건 발생 시, 장기 또는 눈이나 기타 조직을 보관하는 조직에 정보를 제공하여 그들로 하여금 기부 또는 이식이 법률로 허가되는지 여부를 알아낼 수 있도록 함.

### **3. 완전히 또는 부분적으로 개인 식별이 방지된 정보.**

이 두 가지 유형의 정보에 대해 알아 두셔야 합니다.

- **"완전히 개인 식별이 방지된"** 건강 정보: 귀하가 누구인가를 알려줄 수 있는 모든 사항을 제거한 후에만 공유합니다.
- **"부분적으로 개인 식별이 방지된"** 건강 정보: 귀하를 직접 식별할 수 있는 어떠한 정보도 포함하지 않습니다(예: 귀하의 이름, 우편 주소, 주민등록번호, 전화번호, 팩스 번호, 이메일 주소, 웹사이트 주소, 또는 면허증 번호).
- 저희는 부분적으로 개인 식별이 방지된 정보를 공중보건 또는 연구나 사업 운영을 위해서만 공유하며, 이 정보를 받는 사람은 법률이 요구하는 대로 개인정보 보호 합의서에 서명해야만 합니다.

## 서면 허락을 위한 요건

본 고지의 앞 부분에서 저희는 서면 허가 없이 귀하의 건강 정보를 이용할 수 있는, 다음과 같은 몇 가지 이유를 열거했습니다.

- 진료
- 금전 지불
- 의료 서비스 운용
- 본 고지에 열거된 기타 이유들

하지만 다음과 같은 이유로 귀하의 건강 정보를 이용하기 위해서는 귀하의 서면 허가가 필요합니다.

- 심리치료 메모의 공개(적절한 경우)
- 마케팅 목적
- 건강 정보 판매를 위한 공개

귀하는 언제든지 서면으로 귀하의 허가를 종료할 수 있습니다.

---

# 본인의 건강 정보에 접근하고 통제할 수 있는 권리

---

저희는 귀하가 이런 권리에 대해 알기를 원합니다.

## 1. 본인의 건강 정보에 접근할 수 있는 권리.

다음과 같은 정보를 제외하고 귀하는 자신의 건강 정보 사본을 받아 볼 수 있습니다.

- 심리치료 메모에 포함되어 있는 정보.
- 민사소송, 형사소송, 행정소송에서 이용하기 위해, 또는 그런 소송을 예상하고 수집되는 정보.
- 일부 예외가 있기는 하지만, 1988년의 Clinical Laboratory Improvements Amendments(CLIA: 임상 연구소 개선 수정)에 적용되는 정보.

저희는 귀하에 대한 전자 형태의 건강 기록(Electronic Health Record, EHR)을 보유할 수 있습니다. 귀하는 전자 형태로 이들을 받아볼 수 있는 권리가 있습니다. 귀하는 자신이 선택한 제삼자에게 EHR 사본을 보내달라고 저희에게 요청할 수 있습니다.

### 귀하의 건강 정보에 접근하는 방법:

- 본 개인정보 보호 고지 말미에 열거되어 있는 주소로 서면 요청서를 보냅니다.
- 대부분 경우에 저희는 저희 시설에 정보가 있는 경우라면 30일 이내에 답변을 드릴 것입니다.
- 다른 시설에 정보가 있는 경우라면 60일 이내에 답변을 드릴 것입니다.
- 응답을 위해 더 많은 시간이 필요한 경우에는 알려 드립니다.

우편료 같은 비용을 커버하기 위해 귀하에게 수수료를 부과할 수 있습니다. EHR 사본을 요구하는 경우, 저희의 작업 비용 이외의 어떠한 추가 비용도 귀하에게 부과하지 않습니다.

다음과 같은 경우에는 귀하에게 귀하의 건강 정보에 접근할 권한을 주지 않습니다.

- 합리적으로 귀하 또는 다른 누군가를 위험에 빠뜨릴 가능성이 있는 경우.
- 다른 사람을 거론하며, 귀하의 정보에의 접근이 그 사람을 해롭게 할 가능성이 있음을 면허 있는 의료 서비스 전문가가 발견하는 경우.
- 다른 사람의 대리인으로서 귀하가 정보에 접근하는 것이 그 사람이나 또 다른 사람에게 해가 될 가능성이 있다고 면허 있는 의료 서비스 전문가가 판단하는 경우.

이런 이유들 중 하나로 인해 귀하의 요청이 거부되는 경우, 귀하는 검토를 요청할 수 있습니다. 거부 이유를 설명한 서면 설명서를 받아볼 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다.

## 2. 올바르지 않은 건강 정보를 변경할 수 있는 권리가 있습니다

귀하는 잘못되었거나 완전하지 않다고 여겨지는 정보를 변경해 달라고 저희에게 요청할 수 있습니다. 저희에게 서면으로 요청하십시오. 60일 이내에 답변을 드릴 것입니다. 저희가 해당 정보를 가지고 있지 않을 수도 있습니다. 그런 경우, 저희는 해당 정보를 가지고 있는 사람에게 연락할 수 있는 방법을 알려드립니다. 일부 경우에 저희는 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 그러면 귀하는 동의하지 않음을 설명할 수 있습니다. 향후 저희가 귀하의 정보를 공유할 때 귀하의 그 설명서가 수반되도록 요구할 수 있습니다.

### **3. 귀하는 귀하의 정보가 언제 공유되는지 알아야 할 권리가 있습니다**

귀하는 과거 6년 동안의 건강 정보 공개에 대한 설명을 저희에게 요청할 수 있습니다. 저희 답변에는 다음에 대한 공개는 포함되지 않을 것입니다.

- 귀하 또는 귀하의 개인 대리인에게 이루어진 금전 지불, 진료, 또는 의료 서비스 운용.
- 귀하가 서면으로 허가한 공개.
- 귀하에 대한 케어 또는 그 케어를 위한 지불에 관여하고 있는 가족 및 친구에게 이루어진 공개.
- 연구, 공중 보건, 또는 저희의 사업 운영을 위한 공개.
- 법률 집행기관 또는 교정시설/교도소에 이루어진 국가 안보 및 정보 활동을 위해 연방 관계자에게 이루어진 공개.
- 달리 법률이 허용하거나 요구하는 공개 또는 이용.

#### **공개에 대한 설명을 요청하는 방법:**

- 본 개인정보 보호 고지 말미에 열거되어 있는 주소로 요청서를 보냅니다.
- 저희가 귀하의 건강 정보를 가지고 있지 않다면, 해당 정보를 보유하고 있는 사람의 연락처 정보를 제공해 드립니다.
- 60일 이내에 답변을 드릴 것입니다.

한 해에 한 번의 무료 요청이 가능합니다. 12개월 이내에 추가 요청이 있는 경우 수수료가 부과될 수 있습니다.

### **4. 귀하에게는 추가적인 개인정보 보호를 요청할 수 있는 권리가 있습니다**

귀하는 건강 정보 이용 또는 공개에 추가로 더 많은 제한을 가해 달라고 저희에게 요청할 수 있습니다. 저희가 귀하의 요청에 동의하는 경우, 응급 상황을 제외하고 저희는 그 제한을 적용할 것입니다. 저희가 그 제한에 반드시 동의할 필요는 없지만, 다음과 같은 경우는 예외입니다.

- 금전 지불 또는 의료 서비스 운용에 대해 공개가 필요하며 달리 법률이 공개를 요구하지 않는 경우.
- 건강 정보가 오직 귀하 자신 또는 귀하를 대신하는 누군가가 자비로 전액을 지불한 의료 품목이나 서비스와 관련이 있는 경우.

귀하는 언제든지 그 제한을 종료할 수 있습니다.

### **5. 귀하에게는 기밀 정보를 요청할 수 있는 권리가 있습니다.**

귀하는 다른 방식으로 귀하와 정보를 교환하도록 저희에게 요청할 수 있습니다.

#### **대체 커뮤니케이션을 요청하는 방법:**

- 본 개인정보 보호 고지 말미에 열거되어 있는 주소로 요청서를 보냅니다.
- 요청서에 귀하의 건강 정보 공개가 귀하를 위태롭게 할 수 있음을 분명하게 기술하고, 어떻게 어떤 주소로 정보를 교환하고 싶은지 열거하십시오.

## 6. 정보 침해에 대해 알 권리가 귀하에게 있습니다

법률은 저희가 귀하의 건강 정보를 기밀로 유지할 것을 요구합니다. 저희는 전자 파일에 있는 정보를 보호하기 위해 몇 가지 단계를 취합니다. 누군가 무단 접근이 있는 경우, 이를 침해라고 합니다. 이런 일이 발생하면 귀하에게 알려드립니다. 일부 경우, 저희 웹사이트 ([www.wellcare.com](http://www.wellcare.com)) 또는 귀하 지역의 뉴스 제공 미디어에 고지를 제공합니다.

## 7. 귀하에게는 본 고지의 사본을 지면으로 받아볼 수 있는 권리가 있습니다

귀하는 본 고지의 종이 사본을 요청할 수 있습니다. 본 개인정보 보호 고지의 이 페이지에 있는 주소로 서면 요청서를 보내십시오. 저희 웹사이트([www.wellcare.com](http://www.wellcare.com))를 방문하실 수도 있습니다.

---

# 기타

---

## 1. 연락 방법

본 개인정보 보호 고지에 대해 질문이 있으시면 알려주십시오. 다음 중 한 가지 방법을 이용하여 저희에게 연락하실 수 있습니다.

- Privacy Officer(**1-888-240-4946 (TTY 711)**)에게 전화
- 회원 카드 뒷면에 있는 수신자 부담 번호로 전화
- [www.wellcare.com](http://www.wellcare.com) 방문
- 서면으로 송부:

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

## 2. 불만 제기

저희가 귀하의 프라이버시 권리를 침해했다고 생각하시면 불만을 제기하실 수 있습니다. 위에 열거된 방법 중 하나로 저희에게 연락하시면 됩니다. 또한 U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건 사회 복지부)로 서면 불만서를 보낼 수도 있습니다. 저희는 불만제기에 대해 귀하에게 불리한 행동을 하지 않습니다. 귀하의 당연한 권리입니다.

## 3. 기타 권리

본 개인정보 보호 고지는 연방법에 따른 귀하의 권리를 설명합니다. 하지만 일부 주 법률은 귀하에게 훨씬 더 큰 권리를 부여할 수 있습니다. 그에는 더욱 더 유리한 접근 및 수정 권리가 포함될 수 있습니다. 일부 주 법률은 다음과 같은 영역의 민감 정보에 대해 더 많은 보호를 제공할 수 있습니다.

- HIV/AIDS
- 알코올 및 약물 남용
- 성병
- 정신 건강
- 성 및 생식 건강

귀하가 거주하는 주의 법률이 본 고지에 열거된 내용보다 더 큰 권리를 귀하에게 주는 경우, 저희는 귀하 주의 법률을 준수할 것입니다.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---