

---

# Notificación de Prácticas de Privacidad de WellCare

---

Nos encargamos de su privacidad. Usted tiene el derecho de saber cómo y cuándo compartimos su información médica. También tiene derecho de ver su información. Esta notificación explica cómo compartimos su información y cómo puede tener acceso a ella. Por favor léala con atención.

**Fecha de vigencia de esta Notificación de Privacidad: 29 de marzo de 2012**  
**Modificada en octubre de 2018**

Ocasionalmente, podemos modificar nuestras prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, le daremos 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.
- 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., d/b/a/ Staywell Health Plan of Florida
- Staywell Kids y Children's Medical Services Health Plan, operado por WellCare of Florida, Inc.
- WellCare of Florida, Inc.
- 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.
- WellCare Health Plans of Arizona, Inc.
- Meridian Health Plan of Illinois, Inc.
- Meridian Health Plan of Michigan, Inc.
- MeridianRX, LLC

---

# Cómo podemos usar 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, las siguientes son situaciones en las que no necesitamos su permiso por escrito para usar su información de salud o para compartirla con otros:

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

Es posible que tengamos que compartir su información de salud para ayudar en su tratamiento. Podemos compartirla para asegurar que se les pague a los proveedores y por otros motivos comerciales. Por ejemplo:

### **Tratamiento:**

- Podemos compartir su información con un proveedor de atención de la salud que le esté proporcionando tratamiento.
- Por ejemplo, podemos hacerle saber al proveedor qué medicamentos con receta está recibiendo.

### **Pago:**

- Para darle cobertura y beneficios de salud, debemos hacer cosas como cobrar primas y asegurar que los proveedores reciban el pago por sus servicios.
- Usamos su información para realizar estas tareas financieras.

### **Operaciones de atención de la salud:**

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

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

- Podemos usar su información de salud para informarle sobre opciones de tratamiento disponibles para usted.
- Le recordaremos acerca de citas y le explicaremos beneficios y servicios de interés para usted.

### **Aseguramiento:**

- Podemos usar su información de salud para aseguramiento.
- Por favor tenga en cuenta que no usaremos su información genética para propósitos de aseguramiento.

### **Miembros de su familia, familiares o amigos cercanos que participan en su atención:**

- A menos que usted objete, podemos compartir su información de salud con su familia, familiares o amigos cercanos que tengan su permiso de involucrarse en su atención médica.
- Si no puede aceptar u objetar, nosotros podemos decidir si compartir su información es lo más conveniente para usted.
- Si decidimos compartir su información de salud en tal caso, solo compartiremos la información necesaria para su tratamiento o pago.

## **Socios de negocios:**

- Podemos compartir su información con un socio comercial que necesite la información para trabajar con nosotros.
- Haremos esto solo si el socio firma un acuerdo para proteger su privacidad.
- Algunos ejemplos de socios comerciales son los auditores, abogados y consultores.

## **2. Necesidad pública**

Podemos usar y compartir su información de salud para cumplir con la ley y atender las necesidades públicas importantes que se describen a continuación:

- La ley nos obliga a hacerlo.
- Cuando funcionarios de salud pública necesitan la información para asuntos de salud pública.
- Cuando agencias del gobierno necesitan la información para actividades como auditorías, investigaciones e inspecciones.
- Si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Si una persona o compañía que se rige por medio de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) necesita su información: para notificar o rastrear defectos de productos; para reparar, reemplazar o retirar del mercado productos defectuosos; o para llevar un registro de productos después de que la FDA los apruebe para uso público.
- Si una corte nos ordena divulgar su información.
- Cuando oficiales del cumplimiento de la ley necesitan la información para cumplir con órdenes de tribunales o leyes, o ayudar a encontrar a una persona, fugitivo, testigo o persona extraviada.
- Para prevenir una amenaza seria de salud a usted, a otra persona o al público – solamente compartiremos la información con alguien capaz de prevenir la amenaza.
- Para investigación.
- Cuando la información sea necesaria por ley para los programas de compensación de los trabajadores u otros que cubran lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo que no se relacionen con fraudes.
- Si funcionarios militares necesitan su información para una misión.
- Cuando oficiales federales necesiten la información para trabajar en seguridad o información nacional, o para proteger al Presidente u otros funcionarios.
- Para funcionarios de prisiones que necesiten la información para darle atención médica o mantener la seguridad en el lugar donde usted esté 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 deberes.
- En el desafortunado caso de su fallecimiento, a organizaciones que preservan órganos, ojos u otros tejidos para que puedan averiguar si la donación o el trasplante está permitido por la ley.

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

Hay dos tipos de información de la que usted debería conocer:

- Información de salud “**completamente encubierta**”: Compartimos esta solamente después de haber eliminado cualquier cosa que pudiera indicarle a otra persona quién es usted.
- Información de salud “**parcialmente encubierta**”: No compartiremos ninguna información que le identificaría directamente (tal como su nombre, domicilio, número de seguro social, número telefónico, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia de conductor).
- Compartimos información parcialmente encubierta solamente para actividades de salud pública, investigación o comerciales, y la persona que la recibe debe firmar un acuerdo para proteger su privacidad según lo exige la ley.

---

## **Requerimiento de autorización escrita**

---

Anteriormente enumeramos algunos de los motivos por los que podemos usar su información de salud sin su autorización por escrito, los cuales incluyen:

- Tratamiento
- Pago
- Operaciones de atención de la salud
- Otros motivos enumerados en esta notificación

Sin embargo, necesitamos su autorización por escrito para usar su información de salud por otros motivos, entre otros:

- Divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando sea adecuado)
- Propósitos de comercialización
- Divulgaciones para vender información de salud

Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

---

# Sus derechos de acceso y control de su información de salud

---

Queremos que conozca acerca de estos derechos.

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

Usted puede obtener una copia de su información de salud, excepto la siguiente información:

- La que contienen las notas de psicoterapia.
- La obtenida antes de, o para usarse en un proceso civil, penal o administrativo.
- 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) acerca de usted. Usted tiene el derecho de obtener estos en formato electrónico. Puede pedirnos que le enviemos una copia de sus EHR a un tercero que usted elija.

### **Cómo puede tener acceso a su información de salud:**

- Envíe su solicitud por escrito a la dirección que se indica más adelante en esta Notificación de Privacidad.
- En la mayoría de los casos, responderemos dentro de los 30 días si tenemos la información en nuestras instalaciones.
- Responderemos dentro de los 60 días si está en otras instalaciones.
- Le haremos saber si necesitamos más tiempo para responderle.

Podemos cobrarle una cuota para cubrir los costos como el envío postal. Si solicita una copia del EHR, no le cobraremos nada más que nuestros costos de nuestra mano de obra.

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

- Es razonablemente susceptible de ponerlo a usted o a otra persona en peligro.
- Se refiere a otra persona y un profesional con licencia para la atención de la salud determina que su acceso podría causar daño a esa persona.
- Un profesional con licencia para la atención de la salud determina que el acceso de parte de usted como representante de otra persona es probable que cause daño a esa persona o a cualquier otra persona.

Si rechazamos su solicitud por alguna de estas razones, puede solicitar una revisión. Usted tiene el derecho de recibir una explicación por escrito de los motivos de la denegación.

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

Puede solicitarnos que cambiemos información que considere que es errónea o que está incompleta. Solicítelo por escrito. Responderemos dentro de los 60 días. Es probable que no tengamos la información. Si ese es el caso, le diremos cómo puede ponerse en contacto con alguien que la tenga. En algunos casos podemos denegar su solicitud. Usted podrá entonces expresar que está en desacuerdo. Puede solicitar que su declaración se incluya cuando compartamos su información en el futuro.

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

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

- Para pago, tratamiento u operaciones para la atención de la salud hechas a usted o a su representante personal.
- Que usted autorizó por escrito.
- Hechas a su familia y amigos involucrados en su atención o pago de su atención.
- Para fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones comerciales.
- Hechas a oficiales federales para actividades de seguridad o información nacional realizadas a instituciones correccionales o del cumplimiento de la ley.
- Usos o divulgaciones permitidas o requeridas de otra forma por la ley.

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

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

Puede recibir un informe gratis cada año. Podemos cobrarle una cuota para más solicitudes dentro del mismo período de 12 meses.

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

Puede pedirnos que pongamos más restricciones en el uso o divulgación de su información de salud. Si aceptamos su solicitud, implementaremos esas restricciones excepto en una situación de emergencia. No necesitamos aceptar la restricción a menos que:

- La divulgación se necesite para pago u operaciones de atención de la salud y no se requiera de otra forma por ley.
- La información de salud se relacione solamente con un elemento o servicio de atención de la salud que usted o alguien en su nombre pagó de su bolsillo y totalmente.

Usted puede revocar las restricciones en cualquier momento.

### **5. Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales**

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted en formas alternativas.

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

- Envíe su solicitud a la dirección que se indica más adelante en esta Notificación de Privacidad.
- Indique claramente en su solicitud que la divulgación de su información de salud podría ponerlo en riesgo e indique cómo o dónde desea recibir comunicaciones.

## **6. Usted tiene el derecho de saber de una infracción**

La ley nos exige que mantengamos su información de salud privada. Tomamos medidas para proteger la información que está en archivos electrónicos. Cuando alguien tiene acceso no autorizado, esto se llama infracción. Le informaremos si eso ocurre. En algunos casos, publicaremos una notificación en nuestro sitio web ([www.wellcare.com](http://www.wellcare.com)) o en un boletín informativo en su área.

## **7. Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de esta notificación**

Puede solicitar una copia impresa de esta notificación. Por favor envíe su solicitud por escrito a la dirección que se indica en esta página. También puede visitar nuestro sitio web en [www.wellcare.com](http://www.wellcare.com).

---

# Diversos

---

## **1. Cómo ponerse en contacto con nosotros**

Háganos saber si tiene alguna pregunta acerca de esta Notificación de Privacidad. Puede ponerse en contacto con nosotros mediante alguna de las siguientes formas:

- Llame a nuestro funcionario de privacidad al **1-888-240-4946 (TTY 711)**
- Llame al número para llamadas sin costo que está al reverso 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**

Puede presentar una queja si considera que hemos infringido sus derechos de privacidad. Puede hacer esto mediante una de las formas de contacto mencionadas anteriormente. También puede enviar una queja por escrito a U.S. Department of Health and Human Services. No actuaremos en su contra por quejarse; es su derecho.

## **3. Otros derechos**

Esta Notificación de Privacidad explica sus derechos de conformidad con las leyes federales. Sin embargo, las leyes de algunos estados pueden otorgarle derechos aún mayores. Estos pueden constar de derechos de acceso y enmienda más favorables. Algunos estados pueden darle más protección para información delicada en estas áreas:

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

Si la ley de su estado le otorga mayores derechos que los descritos en esta notificación, cumpliremos con la ley de su estado.

