

Notificación de Privacidad



Notificación de prácticas de privacidad (“notificación”) para el uso y la divulgación de la información médica protegida (“PHI”)

Por ley, Western Health Advantage (“WHA”) tiene la obligación de mantener la privacidad de su información médica y de proporcionarle una notificación sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Debemos seguir las prácticas descritas en la notificación mientras esté en vigencia.

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ MANERA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA. REVÍSELA CON ATENCIÓN.

CÓMO PROTEGER SU PRIVACIDAD

En WHA entendemos la importancia de mantener la confidencialidad de su información médica y nos comprometemos a utilizar dicha información médica de conformidad con la ley federal y estatal. En toda nuestra organización, WHA protege su información médica electrónica, escrita y oral. WHA toma precauciones razonables para salvaguardar su información para que no se comparta con personas no autorizadas.

Información médica protegida (PHI)

Para los fines de esta notificación, “información de salud” o “información médica” o “información” se refiere a la PHI. La PHI se define como información que mantiene WHA, que identifica quién es usted y se relaciona con su salud o condición física, mental, reproductiva o sexual pasada, presente o futura. Esta información se utiliza con el fin de proporcionar o pagar la atención médica. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a:

- Información demográfica
 - Nombre, dirección, número de teléfono
 - Raza/etnia, idioma, identidad de género y orientación sexual
- Datos de reclamos
- Información financiera

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

- Puede solicitar que le muestren o entreguen una copia de sus registros médicos y de reclamos, así como cualquier otra información médica que tengamos de usted, con la excepción de apuntes sobre psicoterapia e información que se pueda utilizar en una demanda judicial o en un procedimiento administrativo.

- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable basado en el costo.

Solicitar que corrijamos los registros médicos y de reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamos, si considera que son incorrectos o están incompletos.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos la razón por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicitud de comunicaciones confidenciales

- Tiene derecho a solicitar que la correspondencia se envíe a una dirección alternativa o, de ser posible, a ser contactado por un método diferente. Este derecho incluye toda la correspondencia de servicios de salud para usted, incluyendo, entre otros, servicios confidenciales. Cumpliremos todas las solicitudes de comunicación confidencial.
- Sin una solicitud de comunicación confidencial en el archivo, la correspondencia será dirigida a la dirección o número de teléfono en el archivo.
- La solicitud de comunicación confidencial se aplicará hasta que usted presente una revocación de la misma o una nueva solicitud de comunicación confidencial.

Puede solicitar comunicación confidencial comunicándose con Servicios para Miembros de WHA en la parte inferior de esta notificación o visitando westernhealth.com y descargando el Formulario de Solicitud de Comunicación Confidencial.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No tenemos obligación de acceder a su solicitud, y podemos decir “no” si consideramos que esto afectaría su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar un informe (una lista) de las veces que hemos compartido su información médica, con quién y por qué se compartió. Esto se aplicará a un período de seis años antes de la fecha de su solicitud.
- Incluiremos todas las divulgaciones aparte de aquellas respecto al tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones determinadas (como cualquiera que nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año y le cobraremos un monto razonable basado en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Recibir una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir dicha notificación de forma electrónica. Póngase en contacto con el Departamento de

Servicios para miembros de WHA. Le proporcionaremos inmediatamente una copia impresa. También puede encontrar esta notificación en nuestro sitio web en westernhealth.com/legal/privacy.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien un poder notarial o si alguien es su tutor legal o representante personal, dicha persona puede ejercer los mismos derechos que usted tiene y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga dicha autoridad y autorización para que actúe en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja. Comuníquese con nosotros utilizando la información detallada al final de esta notificación. WHA no puede pedirle que renuncie a su derecho a presentar una queja o queja formal.
- También puede presentar una queja ante el gobierno federal utilizando la información de contacto al final de esta notificación.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Ambos tienen el derecho de autorizarnos a:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Nunca compartimos su información en ciertas situaciones a menos que nos autorice. Por ejemplo, le solicitaremos su autorización para lo siguiente:
 - Propósitos de marketing.
 - Venta de su información.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Debemos divulgar su PHI (no limitado a):

- A usted o a su representante personal; o
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

POR LO GENERAL, ¿CÓMO UTILIZAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando u otras personas involucradas en su atención.

Ejemplo: Un médico puede enviarnos información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Ejemplo: Si se encuentra inconsciente y no puede indicarnos su preferencia, podemos continuar y compartir su información si creemos que es para su beneficio propio. También podríamos compartir su información si fuera necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le brindamos cobertura o el costo de dicha cobertura.
- Podemos enviarle información sobre nuestras actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de no recibir dicha información.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios, que incluyen encuestas de satisfacción de los miembros, actividades reguladoras y de cumplimiento, y acciones para la presentación de quejas formales y apelaciones.

Pagar por sus servicios de salud

Podemos utilizar y divulgar su información médica mientras pagamos por reclamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Podemos compartir información sobre usted con un hospital u otro proveedor de atención médica para coordinar pagos por los servicios de salud que se le presten.

Administrar su plan

Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía/empleador nos contrata para proveer un plan de servicios de atención médica. Podemos intercambiar cierta información (excluyendo la información médica) entre el Plan y su empleador.

Ejemplo: WHA comparte su información con proveedores contratados (p. ej., grupos médicos, hospitales, administrador de beneficios farmacéuticos, proveedores de servicios sociales, etc.) que proporcionan servicios de atención médica o socios comerciales que administran sus beneficios.

¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS UTILIZAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Estamos autorizados o incluso obligados a compartir su información de otras maneras. Por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la investigación y salud pública. Tenemos que cumplir con una variedad de condiciones legales antes de poder compartir su información para dichos propósitos. Para mayor información, consulte: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.

- Informar sobre reacciones adversas a los medicamentos.
- Informar sobre sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de una amenaza grave hacia la salud o seguridad de una persona.
- Ayuda en casos de desastres o Declaración de emergencia de salud pública

Realizar investigaciones médicas

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas.

Cumplir con la ley

Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, lo que incluye compartir dicha información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense, director funerario o patólogo forense.

Responder a la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para fines del cumplimiento de la ley o para un funcionario del orden público
- Con agencias de supervisión sanitaria (por ejemplo: actividades de licencias y calidad de atención)
- Para funciones gubernamentales especializadas, tales como actividades militares, seguridad nacional, y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o judicial, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- No utilizamos información sobre la raza, etnia, idioma, orientación sexual o identidad de género para decidir si le brindaremos cobertura, el tipo de cobertura o el precio de dicha cobertura.
- Le notificaremos dentro de los plazos requeridos si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en esta notificación y entregarle una copia.

- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe en esta notificación, o lo que permita la ley, a menos que hayamos recibido su autorización por escrito. Tiene derecho a cambiar de opinión y revocar su autorización. Debe proporcionarnos la revocación por escrito.

Para mayor información, consulte: hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html

IMPORTANTE

WHA no tiene copias completas de sus registros médicos. Si desea consultar, obtener una copia o cambiar sus registros médicos, póngase en contacto con su médico o grupo médico.

Esta notificación se aplica a los miembros afiliados a todos los planes de servicios de atención médica de Western Health Advantage, incluido Medicare Advantage.

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTA NOTIFICACIÓN

Podemos modificar los términos de esta notificación, los cuales se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible en nuestro sitio web en mywha.org/privacy, o le enviaremos una copia por correo si lo solicita. Esta notificación entra en vigencia a partir del 15 de marzo de 2024 y permanecerá vigente hasta su modificación.

SI DESEA PRESENTAR UNA QUEJA

Información de contacto excluyendo quejas sobre privacidad

Western Health Advantage

Attn: Member Services

2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

916.563.2250 o 888.563.2250 – CalPERS Member: 888.942.7377 – TTY: 711

Información de contacto para quejas sobre privacidad

Western Health Advantage

Attn: Oficial de Privacidad

2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

privacy@westernhealth.com

Quejas ante el gobierno federal

Visite la página web a continuación o llame o escriba a:

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights

200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

877.696.6775

hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html