Wellcare
ประกาศเกี่ยวกับหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัว

ประกาศนี้อธิบายถึงวิธีที่อาจมีการใช้และเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับคุณ และวิธีการเข้าถึงข้อมูลนี้
โปรดตรวจสอบอย่างละเอียด

มีผลบังคับใช้วันที่ 10/1/2025

หากต้องการความช่วยเหลือในการแปลหรือทำความเข้าใจเอกสารนี้ โปรดโทร
1-888-550-5252 (TTY: 711)
Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al telefono.
1-888-550-5252 (TTY: 711)

หน้าที่ของหน่วยงานภายใต้ความครอบคลุม:

Wellcare
เป็นหน่วยงานภายใต้ความครอบคลุมตามที่กำหนดไว้และอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายว่าด้วยการควบคุมและการส่งผ่านข้อมูลทางด้านการประกันสุขภาพ พระราชบัญญัติการประกันสุขภาพที่สามารถโอนย้ายและรับผิดชอบได้ พ.ศ. 1996 (HIPAA) กฎหมายกำหนดให้ Wellcare รักษาข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครอง (PHI) ของคุณให้มีความเป็นส่วนตัว ส่งหนังสือแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่ทางกฎหมายและหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของเราที่เกี่ยวข้องกับ PHI ให้แก่คุณ ปฏิบัติตามข้อกำหนดของหนังสือแจ้งที่มีผลบังคับใช้ในปัจจุบัน และแจ้งให้คุณทราบในกรณีที่มีการละเมิด PHI ที่ไม่ปลอดภัยของคุณ

ประกาศนี้อธิบายถึงวิธีที่เราอาจใช้และเปิดเผย PHI ของคุณ นอกจากนี้ยังอธิบายถึงสิทธิ์ของคุณในการเข้าถึง แก้ไข และจัดการ PHI ของคุณ รวมถึงวิธีการใช้สิทธิ์เหล่านั้น การใช้และการเปิดเผย PHI อื่น ๆ ทั้งหมดที่ไม่ได้อธิบายไว้ในประกาศนี้ จะทำได้ก็ต่อเมื่อได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณเท่านั้น

Wellcare ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงประกาศฉบับนี้ เราขอสงวนสิทธิ์ในการกำหนดให้ประกาศที่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงมีผลบังคับใช้สำหรับ PHI ของคุณที่เรามีอยู่แล้ว รวมถึง PHI ของคุณที่เราได้รับในอนาคต Wellcare จะแก้ไขและเผยแพร่ประกาศนี้ทันทีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญดังต่อไปนี้:

- การใช้หรือการเปิดเผยข้อมูล
- สิทธิ์ของคุณ
- หน้าที่ทางกฎหมายของเรา
- หลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวอื่น ๆ ที่ระบุไว้ในประกาศ

เราจะเผยแพร่ประกาศฉบับแก้ไขบนเว็บไซต์ของเราหรือทางไปรษณีย์แยกต่างหาก

การปกป้อง PHI ทางวาจา ลายลักษณ์อักษร และอิเล็กทรอนิกส์เป็นการภายใน:

Wellcare ปกป้อง PHI ของคุณ นอกจากนี้ เรายังมุ่งมั่นที่จะเก็บรักษาข้อมูลเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ และภาษา (REL) และรสนิยมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ (SOGI) ของคุณไว้เป็นความลับ เรามีกระบวนการด้านความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยเพื่อช่วยเหลือ

นี่คือวิธีการบางส่วนในการปกป้อง PHI ของคุณ:

- เราฝึกอบรมพนักงานของเราให้ปฏิบัติตามกระบวนการด้านความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของเรา

- เรากำหนดให้ผู้ร่วมดำเนินธุรกิจของเราปฏิบัติตามกระบวนการด้านความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัย
- เราดูแลรักษาสำนักงานของเราให้ปลอดภัย
- เราพูดคุยเกี่ยวกับ PHI ของคุณเฉพาะด้วยเหตุผลทางธุรกิจกับบุคคลที่จำเป็นต้องรู้เท่านั้น
- เรารักษา PHI ของคุณให้ปลอดภัยเมื่อเราส่งหรือจัดเก็บทางอิเล็กทรอนิกส์
- เราใช้เทคโนโลยีเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลที่ไม่เหมาะสมเข้าถึง PHI ของคุณ

<u>การใช้งานและการเปิดเผย PHI ของคุณที่ได้รับอนุญาต:</u>

ต่อไปนี้เป็นรายการวิธีที่เราอาจใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณโดยไม่ได้รับการอนุญาตหรือการอนุมัติจากคุณ:

- ***การรักษา*** — เราอาจใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณต่อแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ให้การรักษาแก่คุณ เพื่อประสานงานการรักษาของคุณระหว่างผู้ให้บริการ หรือเพื่อช่วยเราในการตัดสินใจอนุญาตล่วงหน้าที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ของคุณ

- ***การชำระเงิน*** — เราอาจใช้และเปิดเผย PHI ของคุณเพื่อจ่ายเงินตามสิทธิประโยชน์สำหรับบริการดูแลสุขภาพที่คุณได้รับ เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อแผนสุขภาพอื่น ต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่อยู่ภายใต้กฎระเบียบความเป็นส่วนตัวของรัฐบาลกลางเพื่อวัตถุประสงค์ในการชำระเงินให้แก่พวกเขา กิจกรรมการชำระเงินอาจรวมถึงการดำเนินการเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การกำหนดคุณสมบัติหรือความคุ้มครองสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน และการตรวจสอบบริการสำหรับความจำเป็นทางการแพทย์

- ***การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพ*** — เราอาจใช้และเปิดเผย PHI ของคุณเพื่อดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของเรา กิจกรรมเหล่านี้อาจรวมถึงการให้บริการลูกค้า การตอบสนองต่อข้อร้องเรียนและการอุทธรณ์ และการดูแลการจัดการและการประสานงานการดูแล

  ในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของเรา เราอาจเปิดเผย PHI ต่อผู้ร่วมธุรกิจ เราจะทำข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของ PHI ของคุณกับพนักงานเหล่านี้ เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณกับหน่วยงานอื่นที่อยู่ภายใต้กฎระเบียบความเป็นส่วนตัวของรัฐบาลกลาง หน่วยงานจะต้องมีความสัมพันธ์กับคุณสำหรับการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพด้วยเช่นกัน ซึ่งรวมถึงการดำเนินการดังต่อไปนี้:

  - การประเมินคุณภาพและกิจกรรมการปรับปรุง
  - การตรวจสอบความสามารถหรือคุณสมบัติของบุคลากรทางการแพทย์
  - การจัดการผู้ป่วยและการประสานงานการดูแล
  - การตรวจจับหรือป้องกันการฉ้อโกงและการละเมิดด้านการดูแลสุขภาพ

  เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ภาษา รสนิยมทางเพศ และอัตลักษณ์ทางเพศของคุณได้รับการคุ้มครองโดยระบบและกฎหมายของแผนสุขภาพ ซึ่งหมายความว่าข้อมูลที่คุณมอบให้นั้น จะมีความเป็นส่วนตัวและปลอดภัย เราสามารถแบ่งปันข้อมูลนี้กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น จะไม่มีการแบ่งปันข้อมูลกับผู้อื่นโดยที่คุณไม่อนุญาตหรือไม่อนุมัติ เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อช่วยปรับปรุงคุณภาพของการดูแลของคุณและบริการ
  ข้อมูลนี้ช่วยให้เรา:
  - เข้าใจความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของคุณได้ดียิ่งขึ้น
  - ทราบว่าคุณต้องการใช้ภาษาใดเมื่อพบผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ
  - การให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการดูแลของคุณ

- เสนอโปรแกรมเพื่อช่วยให้คุณมีสุขภาพดีที่สุด

ข้อมูลนี้ไม่ได้ใช้เพื่อจุดประสงค์ในการรับประกันภัยหรือเพื่อตัดสินใจว่าคุณจะสามารถรับความคุ้มครองหรือบริการได้หรือไม่

- ***การเปิดเผยข้อมูลต่อผู้สนับสนุนแผนสุขภาพกลุ่ม/แผน*** — เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อผู้สนับสนุนแผนสุขภาพกลุ่ม เช่น นายจ้างหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่จัดหาโปรแกรมการดูแลสุขภาพให้แก่คุณ หากผู้สนับสนุนได้ตกลงยอมรับข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับวิธีการใช้หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่ได้รับความคุ้มครอง (เช่น การตกลงที่จะไม่ใช้ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับความคุ้มครองสำหรับการดำเนินการหรือการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงาน)

<u>การเปิดเผย PHI ของคุณที่ได้รับอนุญาตหรือกำหนดไว้อื่น ๆ:</u>

- ***กิจกรรมการระดมทุน*** — เราอาจใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณสำหรับกิจกรรมการระดมทุน เช่น การระดมเงินสำหรับมูลนิธิการกุศลหรือองค์กรที่คล้ายกัน เพื่อช่วยจัดหาเงินทุนสำหรับกิจกรรมของพวกเขา หากเราติดต่อคุณสำหรับกิจกรรมการระดมทุน เราจะให้โอกาสคุณในการเลือกว่าไม่ต้องการรับหรือหยุดรับการสื่อสารดังกล่าวในอนาคต

- ***วัตถุประสงค์ในการรับประกันภัย*** — เราอาจใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณเพื่อวัตถุประสงค์ในการรับประกันภัย เช่น เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับใบสมัครหรือคำขอความคุ้มครอง หากเราใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณเพื่อวัตถุประสงค์ในการรับประกันภัย เราจะไม่ได้รับอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณที่เป็นข้อมูลทางพันธุกรรมในกระบวนการรับประกันภัย

- ***การแจ้งเตือนการนัดหมาย/ทางเลือกในการรักษา*** — เราอาจใช้และเปิดเผย PHI ของคุณเพื่อแจ้งตือนคุณเกี่ยวกับการนัดหมายสำหรับการรักษาและการดูแลทางการแพทย์กับเรา หรือเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกการรักษาหรือสิทธิประโยชน์และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหยุดสูบบุหรี่หรือลดน้ำหนัก

- ***ตามที่กฎหมายกำหนด*** — หากกฎหมายของรัฐบาลกลาง รัฐ และ/หรือท้องถิ่นกำหนดให้ใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณ เราอาจใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณในขอบเขตที่การใช้หรือการเปิดเผยนั้นเป็นไปตามกฎหมายดังกล่าว และจำกัดอยู่เพียงข้อกำหนดของกฎหมายเหล่านั้น หากกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับที่กำกับดูแลการใช้หรือการเปิดเผยข้อมูลเดียวกันตั้งแต่สองฉบับขึ้นไปมีความขัดแย้งกัน เราจะปฏิบัติตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับที่เข้มงวดกว่า

- ***กิจกรรมด้านสาธารณสุข*** — เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันหรือควบคุมโรค การบาดเจ็บ หรือความทุพพลภาพ เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (FDA) เพื่อให้แน่ใจถึงคุณภาพ ความปลอดภัย หรือประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการภายใต้เขตอำนาจของ FDA ซึ่งรวมถึงบันทึกความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (SUD)

- ***เหยื่อของการทารุณกรรมและการละเลย*** — เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อหน่วยงานของรัฐในท้องถิ่น รัฐ หรือรัฐบาลกลาง รวมถึงบริการสังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานบริการคุ้มครองที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายให้รับรายงานดังกล่าว

หากเรามีเหตุผลอันควรที่จะเชื่อว่ามีการทารุณกรรม การละเลย หรือความรุนแรงในครอบครัว

- ***กระบวนพิจารณาทางศาลและทางปกครอง*** — เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณตามคำสั่งทางปกครองหรือคำสั่งศาล นอกจากนี้ เรายังอาจต้องเปิดเผย PHI ของคุณเพื่อตอบสนองต่อหมายศาล คำร้องขอในการเปิดเผยพยานหลักฐาน หรือคำร้องขออื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

- ***การบังคับใช้กฎหมาย*** — เราอาจเปิดเผย PHI ที่เกี่ยวข้องของคุณต่อหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย เมื่อจำเป็นต้องทำเช่นนั้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการตอบสนองต่อคดีอาชญากรรม

- ***บันทึกความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (SUD)*** – เราจะไม่ใช้หรือเปิดเผยบันทึก SUD ของคุณในการดำเนินการทางกฎหมายกับคุณ เว้นแต่:

    - เราได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณ หรือ
    - เราได้รับคำสั่งศาล คุณได้รับทราบถึงคำขอและได้รับโอกาสในการชี้แจง คำสั่งศาลต้องมีหมายศาลหรือเอกสารทางกฎหมายอื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งกำหนดให้ต้องมีการตอบสนอง

- ***เจ้าหน้าที่ชันสูตรศพ แพทย์นิติเวช และผู้จัดการงานศพ*** — เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อเจ้าหน้าที่ชันสูตรศพหรือแพทย์นิติเวช ในกรณีที่มีความจำเป็น เช่น เพื่อพิจารณาสาเหตุของการเสียชีวิต นอกจากนี้ เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อผู้จัดการงานศพ ตามความจำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพวกเขา

- ***การบริจาคอวัยวะ ดวงตา และเนื้อเยื่อ*** – เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อองค์กรจัดหาอวัยวะ นอกจากนี้ เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการจัดหา การเก็บรักษา หรือการปลูกถ่ายอวัยวะ ดวงตา และเนื้อเยื่อจากผู้เสียชีวิต

- ***ภัยคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัย*** — เราอาจใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณ หากเราเชื่อว่าการใช้หรือการเปิดเผยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันหรือลดภัยคุกคามที่ร้ายแรงหรือใกล้จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของบุคคลหรือสาธารณะ

- ***หน่วยงานเฉพาะทางของรัฐบาล*** — หากคุณรับราชการในกองทัพสหรัฐอเมริกา เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณตามที่หน่วยบัญชาการทางทหารกำหนด นอกจากนี้ เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลางที่ได้รับอนุญาตสำหรับข้อกังวลด้านความมั่นคงแห่งชาติ กิจกรรมข่าวกรอง กระทรวงการต่างประเทศสำหรับการพิจารณาความเหมาะสมทางการแพทย์ การคุ้มครองประธานาธิบดี และบุคคลที่ได้รับอนุญาตอื่น ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด

- ***ค่าตอบแทนของพนักงาน*** — เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับค่าตอบแทนของแรงงานหรือโปรแกรมอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันตามที่กฎหมายกำหนดไว้ เพื่อมอบสิทธิประโยชน์แก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ใดมีความผิด

- ***สถานการณ์ฉุกเฉิน*** – เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณในสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือในกรณีที่คุณไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือไม่ได้อยู่ ณ ที่นั้น เพื่อแจ้งให้ครอบครัว เพื่อนสนิท องค์กรบรรเทาสาธารณภัยที่ได้รับอนุญาต หรือบุคคลอื่น ๆ ที่คุณเคยระบุไว้ทราบ เราจะใช้วิจารณญาณและประสบการณ์อย่างมืออาชีพเพื่อพิจารณาว่าการเปิดเผยข้อมูลนั้นเป็นไปเพื่อ

ผลประโยชน์สูงสุดของคุณหรือไม่ หากการเปิดเผยเป็นไปเพื่อผลประโยชน์สูงสุดของคุณ เราจะเปิดเผยเฉพาะ PHI ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการมีส่วนร่วมของบุคคลในการดูแลรักษาของคุณเท่านั้น

- ***ผู้ต้องขัง*** — หากคุณเป็นนักโทษในเรือนจำหรืออยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณแก่เรือนจำหรือเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ในกรณีที่ข้อมูลดังกล่าวจำเป็นสำหรับเรือนจำเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของคุณ เพื่อปกป้องสุขภาพหรือความปลอดภัยของคุณ หรือสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้อื่น หรือเพื่อความปลอดภัยและความมั่นคงของเรือนจำ

- ***การวิจัย*** — ในบางสถานการณ์ เราอาจเปิดเผย PHI ของคุณต่อนักวิจัย เมื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกของพวกเขาได้รับการอนุมัติและเมื่อมีมาตรการป้องกันบางอย่างเพื่อรับรองความเป็นส่วนตัวและการคุ้มครอง PHI ของคุณ

<u>การใช้และการเปิดเผย PHI ของคุณที่ต้องมีการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณ</u>

เราจำเป็นต้องได้รับการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณในการใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณ โดยมีข้อยกเว้นที่จำกัด ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้:

- ***การขาย PHI*** – เราจะขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณก่อนที่เราจะเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่ถือว่าเป็นการขาย PHI ของคุณ ซึ่งหมายความว่าเราจะได้รับค่าตอบแทนสำหรับการเปิดเผย PHI ในลักษณะนี้

- ***การทำการตลาด*** – เราจะขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณในการใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาดโดยมีข้อยกเว้นที่จำกัด เช่น เมื่อเรามีการสื่อสารทางการตลาดแบบพบหน้ากับคุณ หรือเมื่อเราให้ของขวัญเพื่อส่งเสริมการขายที่มีมูลค่าเล็กน้อย

- ***บันทึกเกี่ยวกับจิตบำบัด*** – เราจะขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณในการใช้หรือเปิดเผยบันทึกเกี่ยวกับจิตบำบัดของคุณที่เราอาจมีในแฟ้ม โดยมีข้อยกเว้นที่จำกัด เช่น สำหรับการรักษาบางอย่าง การชำระเงิน หรือการทำงานด้านการดูแลสุขภาพ

คุณมีสิทธิ์ที่จะเพิกถอนการอนุญาตของคุณเป็นลายลักษณ์อักษรได้ทุกเมื่อ ยกเว้นในขอบเขตที่เราได้ใช้หรือเปิดเผย PHI ของคุณไปแล้วตามการอนุญาตเบื้องต้นดังกล่าว

<u>สิทธิส่วนบุคคล</u>

ต่อไปนี้คือสิทธิ์ของคุณเกี่ยวกับ PHI ของคุณ หากคุณต้องการใช้สิทธิ์ใด ๆ ต่อไปนี้ โปรดติดต่อเราโดยใช้ข้อมูลที่ส่วนท้ายของประกาศฉบับนี้

- ***สิทธิ์ในการร้องขอให้มีการจำกัด*** — คุณมีสิทธิ์ที่จะร้องขอให้เราจำกัดการใช้และการเปิดเผย PHI ของคุณสำหรับการรักษา การชำระเงิน หรือการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาของคุณหรือการชำระเงินค่าดูแลรักษาของคุณ เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท

คำขอของคุณควรระบุการจำกัดที่คุณร้องขอและระบุว่าการจำกัดดังกล่าวมีผลใช้กับใคร เราไม่จำเป็นต้องยอมรับคำขอนี้ หากเรายอมรับ เราจะปฏิบัติตามคำร้องขอให้มีการจำกัดของคุณ เว้นแต่ข้อมูลนั้นจำเป็นต่อการให้การรักษาฉุกเฉินแก่คุณ อย่างไรก็ตาม เราจะจำกัดการใช้หรือเปิดเผย PHI สำหรับการชำระเงินหรือการดำเนินการด้านการดูแลสุขภาพแก่แผนประกันสุขภาพ ในกรณีที่คุณชำระค่าบริการหรือสิ่งของนั้นด้วยตนเองครบเต็มจำนวนแล้ว

- ***สิทธิ์ในการร้องขอการสื่อสารที่เป็นความลับ*** — คุณมีสิทธิ์ที่จะขอให้เราสื่อสารกับคุณเกี่ยวกับ PHI ของคุณด้วยวิธีการอื่นหรือในสถานที่อื่น สิทธิ์นี้จะมีผลเฉพาะในกรณีที่ข้อมูลอาจเป็นอันตรายต่อคุณ หากไม่ได้มีการสื่อสารด้วยวิธีการอื่นหรือสื่อสารไปยังสถานที่อื่นที่คุณต้องการ คุณไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลสำหรับคำขอของคุณ แต่คุณต้องระบุว่าข้อมูลนั้นอาจเป็นอันตรายต่อคุณ หากวิธีการสื่อสารหรือสถานที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เราต้องตอบสนองคำขอของคุณ หากคำขอดังกล่าวมีความสมเหตุสมผล และคุณได้ระบุวิธีการหรือสถานที่อื่นที่ควรส่งมอบ PHI ของคุณ

- ***สิทธิ์ในการเข้าถึงและรับสำเนาของ PHI ของคุณ*** — คุณมีสิทธิ์โดยมีข้อยกเว้นที่จำกัดในการดูหรือขอรับสำเนาของ PHI ของคุณที่อยู่ในชุดบันทึกข้อมูลที่กำหนด คุณอาจขอให้เรามอบสำเนาในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่การถ่ายเอกสารได้ เราจะใช้รูปแบบที่คุณร้องขอ เว้นแต่เราจะไม่สามารถดำเนินการได้ในทางปฏิบัติ คุณต้องทำเรื่องเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อขอเข้าถึง PHI ของคุณ หากเราปฏิเสธคำร้องของท่าน เราจะแจ้งเหตุผลเป็นลายลักษณ์อักษรให้คุณทราบ และจะแจ้งด้วยว่าสามารถขอให้ตรวจสอบเหตุผลในการปฏิเสธนั้นได้หรือไม่ นอกจากนี้ เราจะแจ้งให้ทราบถึงวิธีการขอตรวจสอบดังกล่าวเช่นกัน หรือแจ้งให้ทราบว่าคุณไม่สามารถขอตรวจสอบเหตุผลการปฏิบัติเสธได้

- ***สิทธิ์ในการแก้ไข PHI ของคุณ*** — คุณมีสิทธิ์ที่จะขอให้เราแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลง PHI ของคุณ หากคุณเชื่อว่ามีข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง คำขอของคุณต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรและต้องอธิบายว่าทำไมจึงควรแก้ไขข้อมูล เราอาจปฏิเสธคำขอของคุณด้วยเหตุผลบางประการ เช่น หากเราไม่ได้เป็นผู้สร้างข้อมูลที่คุณต้องการแก้ไข และผู้สร้าง PHI สามารถดำเนินการแก้ไขได้ หากเราปฏิเสธคำขอของคุณ เราจะอธิบายเป็นลายลักษณ์อักษรให้คุณทราบ คุณอาจตอบกลับด้วยข้อความว่าคุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของเรา และเราจะแนบข้อความของคุณไปกับ PHI ที่คุณร้องขอให้เราแก้ไข หากเรายอมรับคำขอของคุณในการแก้ไขข้อมูล เราจะใช้ความพยายามตามสมควรในการแจ้งผู้อื่น รวมถึงบุคคลที่คุณระบุชื่อถึงทราบถึงการแก้ไข และรวมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไว้ในการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวในอนาคต

- ***สิทธิ์ในการรับบัญชีการเปิดเผยข้อมูล*** — คุณมีสิทธิ์ได้รับรายการเหตุการณ์ต่าง ๆ ภายในระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมาที่เราหรือเจ้าหน้าที่ทางธุรกิจของเราได้เปิดเผย PHI ของคุณ ข้อกำหนดนี้ไม่มีผลบังคับใช้กับการเปิดเผยข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษา การชำระเงิน การดำเนินการด้านการดูแลสุขภาพ หรือการเปิดเผยข้อมูลที่คุณอนุญาตและกิจกรรมอื่น ๆ บางอย่าง หากคุณร้องขอรายการบัญชีนี้มากกว่าหนึ่งครั้งในระยะเวลา 12 เดือน เราอาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมตามค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมสำหรับการตอบสนองต่อการร้องขอเพิ่มเติมเหล่านี้ เราจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่คุณเกี่ยวกับค่าธรรมเนียมของเรา ณ เวลาที่คุณร้องขอ

- ***สิทธิ์ในการยื่นเรื่องร้องเรียน*** — หากคุณรู้สึกว่ามีการละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวของคุณ หรือเราได้ละเมิดหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของเรา คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนกับเราเป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางโทรศัพท์โดยใช้ข้อมูลติดต่อที่ส่วนท้ายของประกาศฉบับนี้

น อ ก จ า ก นี้
คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา ผ่านสำนักงานสิทธิพลเมือง โดยส่งจดหมายไปที่ 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ห รื อ โ ท ร **1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)** ห รื อ ไ ป ที่ **hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints**/

เราจะไม่ดำเนินการใด ๆ กับคุณสำหรับการยื่นเรื่องร้องเรียน

- ***สิทธิ์ในการขอรับสำเนาของประกาศนี้*** — คุณสามารถขอสำเนาของประกาศของเราได้ทุกเมื่อ โ ด ย ใ ช้ ข้ อ มู ล ติ ด ต่ อ ที่ ร ะ บุ ไ ว้ ใ น ต อ น ท้ า ย ข อ ง ป ร ะ ก า ศ นี้ หากคุณได้รับประกาศฉบับนี้บนเว็บไซต์ของเราหรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (อีเมล) คุณยังมีสิทธิ์ขอสำเนาประกาศในรูปแบบกระดาษได้เช่นกัน

ผู้พำนักอาศัยใน Washington: "Wellcare" ออกโดย Coordinated Care of Washington, Inc.

ผู้พำนักอาศัยใน Washington: Health Net Life Insurance Company ทำสัญญากับ Medicare สำหรับแผน PPO "Wellcare by Health Net" ออกโดย Health Net Life Insurance Company

ผู้พำนักอาศัยใน Washington: "Wellcare" ออกโดย WellCare Health Insurance Company of Washington, Inc.

สมาชิก Louisiana D-SNP: ในฐานะที่เป็นสมาชิก Wellcare HMO D-SNP คุณจะได้รับความคุ้มครองจากทั้ง Medicare และ Medicaid คุณจะได้รับบริการดูแลสุขภาพและความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์จาก Medicare ผ่านทาง Wellcare และยังมีสิทธิ์ได้รับบริการดูแลสุขภาพและความคุ้มครองเพิ่มเติมผ่านทาง Louisiana Medicaid อีกด้วย เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ให้บริการที่เข้าร่วมโครงการ Louisiana Medicaid ได้ที่ www.myplan.healthy.la.gov/en/find-provider หรือ https://www.louisianahealthconnect.com สำหรับรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของ Louisiana Medicaid โปรดไปที่เว็บไซต์ Medicaid ที่ https://ldh.la.gov/medicaid และเลือกลิงก์ "Learn about Medicaid Services (เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการ Medicaid)" หากต้องการขอสำเนารายชื่อผู้ให้บริการ Medicaid ของเราที่เป็นลายลักษณ์อักษร โปรดติดต่อเรา

ประกาศ: TennCare จะไม่รับผิดชอบในการชำระเงินสำหรับสิทธิประโยชน์เหล่านี้ ยกเว้นแต่จำนวนเงินร่วมจ่ายมีความเหมาะสม TennCare จะไม่รับผิดชอบในการรับประกันความพร้อมหรือคุณภาพของสิทธิประโยชน์เหล่านี้ สิทธิประโยชน์ใด ๆ ที่เกินกว่าหรือนอกเหนือสิทธิประโยชน์ Medicare แบบเดิมจะใช้ได้กับ Wellcare Medicare Advantage เท่านั้น และไม่ได้หมายถึงสิทธิประโยชน์ของ Medicaid ที่เพิ่มขึ้น

สมาชิก Texas D-SNP: ในฐานะที่เป็นสมาชิก Wellcare HMO D-SNP คุณจะได้รับความคุ้มครองจากทั้ง Medicare และ Medicaid คุณจะได้รับบริการดูแลสุขภาพและความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์จาก Medicare ผ่านทาง Wellcare และยังมีสิทธิ์ได้รับบริการดูแลสุขภาพและความคุ้มครองเพิ่มเติมผ่านทาง Texas Medicaid อีกด้วย เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ให้บริการที่เข้าร่วมโครงการ Texas Medicaid ได้ที่ https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html สำหรับรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของ Texas Medicaid โปรดไปที่เว็บไซต์ Texas Medicaid ที่ https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus หากต้องการขอสำเนารายชื่อผู้ให้บริการ Medicaid ของเราที่เป็นลายลักษณ์อักษร โปรดติดต่อเรา