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 sus derechos, nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Debemos seguir las prácticas descritas en esta Notificación mientras esté vigente.

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. Nos comprometemos a utilizar su información médica de conformidad con las leyes federales, estatales y otras leyes aplicables. Protegemos la información en formato electrónico, escrito y oral, al tomar las precauciones razonables para salvaguardar su información de forma que no se comparta con personas no autorizadas.

Información médica protegida (PHI)

PHI se refiere a “información de salud” o “información médica.” La PHI se define como la información que le identifica a usted y se relaciona con su salud o afección física o mental, pasada, presente o futura, incluyendo información sobre su salud reproductiva o sexual. Esta información es utilizada por WHA con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Algunos ejemplos incluyen, entre otros:

- información demográfica;
- nombre, dirección, número de teléfono;
- raza/etnia, idioma, identidad de género y orientación sexual;
- datos de reclamos; e
- información financiera.

SUS DERECHOS

Usted cuenta con ciertos derechos. Esta sección explica esos derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Recibir una copia de sus registros médicos y de reclamos

- Puede solicitar una copia de la información médica que tenemos sobre usted, con excepción de las notas de psicoterapia o la información que se utilizaría en una demanda o un procedimiento administrativo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a la solicitud. Podemos cobrarle un cargo razonable, determinado en función del costo.

Solicitar que corrijamos los registros médicos y de reclamos

- Usted puede solicitarnos la corrección de su información médica si considera que es incorrecta o está incompleta.
- Podemos decirle que "no", y le informaremos el motivo por escrito, en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a solicitar que la correspondencia se envíe a una dirección alternativa o que se comuniquen con usted a través de un método diferente. Este derecho incluye toda la correspondencia relacionada con los servicios de atención médica que usted reciba, incluidos los servicios confidenciales. Cumpliremos todas las solicitudes de comunicación confidencial. Debe llenar un formulario de solicitud de comunicaciones confidenciales. Comuníquese con Servicios para Miembros de WHA (la dirección está en la parte inferior de esta Notificación) para obtener asistencia o visite https://www.westernhealth.com/legal/privacy y descargue el Formulario de solicitud de comunicaciones confidenciales.

- Sin una solicitud de comunicaciones confidenciales en vigor, la correspondencia se enviará a la dirección o al número de teléfono registrado.
- La solicitud de comunicaciones confidenciales se mantendrá en vigor hasta que usted presente una revocación o se envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Solicitar que limitemos la información que utilizamos o compartimos

- Usted puede solicitarnos que no utilicemos o divulguemos cierta información médica con fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones de atención médica.
- No estamos obligados a aceptar y podemos decirle que "no" si esto afectara su atención médica.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Usted puede solicitar un informe (una lista) de cuándo, con quién y por qué se compartió su información médica. El informe cubrirá los seis años anteriores a la fecha de la solicitud.
- Incluiremos las divulgaciones que no sean con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como las divulgaciones que usted haya solicitado. Le proporcionaremos un informe gratis por año y le cobraremos un monto razonable, determinado en función del 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. Comuníquese 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 https://www.westernhealth.com/legal/privacy.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted elige que alguien actúe en su nombre, debe tener un poder notarial de atención médica o designar un representante personal. Esa persona puede ejercer los mismos derechos que usted tiene. Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y la autorización para actuar en su nombre antes de que tomemos medidas.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que violamos sus derechos, puede presentar una queja. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra en la parte inferior 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.
- WHA no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Usted tiene derecho a autorizarnos a hacer lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Solicitar que WHA comparta su información implica la posibilidad de que el destinatario pueda divulgarla sin su autorización.
- Nunca compartimos su información en ciertas situaciones a menos que nos lo autorice.

Ejemplo: Para fines de mercadotecnia o la venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Debemos divulgar su PHI:

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

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

Ayudar a administrar su tratamiento de atención médica

Podemos utilizar su información médica y compartirla con los proveedores que le brindan tratamiento o con otras personas que participan 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 compartir su información con el proveedor si consideramos que es lo más conveniente para usted. También podemos compartir su información para reducir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

Pagar por sus servicios médicos

Podemos utilizar y divulgar su información médica para pagar los reclamos.

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

Realizar operaciones de atención médica

Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización. Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan médico para la administración del plan.

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

Ejemplo: Utilizamos la información médica para realizar auditorías y medir nuestro desempeño con el fin de identificar oportunidades de mejora y desarrollar mejores servicios.

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

Estamos autorizados u obligados a compartir su información para actividades de salud pública e investigación. Debemos cumplir con las condiciones establecidas en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para mayor información, consulte: 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 las siguientes:

- prevenir enfermedades;
- ayudar con el retiro de productos del mercado;
- informar sobre reacciones adversas a los medicamentos;
- informar sobre sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad; y
- brindar ayuda en casos de desastres o declaración de emergencia de salud pública

Realizar investigaciones

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas.

Cumplir con la ley

Compartiremos su información si las leyes federales, estatales y otras leyes aplicables, incluyendo las del Departamento de Salud y Servicios Humanos, lo exigen para confirmar que cumplimos con las leyes federales de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de obtención 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 los siguientes fines:

- 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); y
- para funciones gubernamentales especializadas, tales como actividades militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

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

Actividades de recaudación de fondos

Podemos enviarle información sobre nuestras actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho a darse de baja y no recibir estas comunicaciones.

DIVULGACIONES PROHIBIDAS

No podemos usar ni divulgar su PHI reproductiva para ninguna de las siguientes actividades:

- Para llevar a cabo, imponer o identificar a cualquier persona con el fin de una investigación penal, civil o administrativa, o por responsabilidad legal.

  Ejemplo: WHA recibe una solicitud de información para su uso en una investigación o con el fin de imponer una responsabilidad en relación con un tratamiento de atención médica reproductiva que usted recibió.

No se nos permite utilizar información genética para decidir si le brindamos cobertura o para determinar el costo de dicha cobertura.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica.
- No utilizamos información sobre la raza, la etnia, el idioma, la orientación sexual o la 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 una violación puso en peligro la privacidad o seguridad de su información médica.
- Debemos seguir los deberes y las 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.

IMPORTANTE

WHA no tiene copias completas de su expediente médico. Para obtener una copia de su expediente médico, comuníquese 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. MODIFICACIONES 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 vigor a partir del 8 de septiembre de 2025 y continuará vigente hasta que se modifique.

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 or 888.563.2250 – CalPERS Member: 888.942.7377 – TTY: 711

Información de contacto para quejas sobre privacidad

Western Health Advantage
Attn: Privacy Office
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833
privacy@westernhealth.com

Para presentar quejas ante el Gobierno Federal

Visite la siguiente dirección web, 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 or hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html