

HEALTH PLAN NOTICES OF PRIVACY PRACTICES.
THIS NOTICE SAYS HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND SHARED.
IT SAYS HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. READ IT CAREFULLY.

Effective January 1, 2015.

We¹ must by law protect the privacy of your health information (“HI”). We must send you this notice. It tells you:

- How we may use your HI.
- When we can share your HI with others.
- What rights you have to your HI.

We must by law follow the terms of this notice.

“Health information” (or HI) in this notice means information that can be used to identify you. And it must relate to your health or health care services. We have the right to change our privacy practices. If we change them, we will, in our next annual mailing, either mail you a notice or provide you the notice by e-mail, if permitted by law. We will post the new notice on your health plan website **www.UHCCCommunityPlan.com**. We have the right to make the changed notice apply to HI that we have now and to future information. We will follow the law and give you notice of a breach of your HI.

We collect and keep your HI so we can run our business. HI may be oral, written or electronic. We limit access to all types of your HI to our employees and service providers who manage your coverage and provide services. We have physical, electronic and procedural safeguards per federal standards to guard your HI.

How we use or share information.

We must use and share your HI if asked for by:

- You or your legal representative.
- The Secretary of the Department of Health and Human Services to make sure your privacy is protected.

We have the right to use and share HI. This must be for your treatment, to pay for care and to run our business. For example, we may use and share it:

- **For Payments.** This also may include coordinating benefits. For example, we may tell a doctor if you are eligible for coverage and how much of the bill may be covered.
- **For Treatment or managing care.** For example, we may share your HI with providers to help them give you care.
- **For Health Care Operations related to your care.** For example, we may suggest a disease management or wellness program. We may study data to see how we can improve our services.

- **To tell you about Health Programs or Products.** This may be other treatments or products and services. These activities may be limited by law.
- **For Plan Sponsors.** We may give enrollment, disenrollment and summary HI to an employer plan sponsor. We may give them other HI if they agree to limit its use per federal law.
- **For Underwriting Purposes.** We may use your HI to make underwriting decisions but we will not use your genetic HI for underwriting purposes.
- **For Reminders on benefits or care.** Such as appointment reminders.

We may use or share your HI as follows:

- **As Required by Law.**
- **To Persons Involved With Your Care.** This may be to a family member. This may happen if you are unable to agree or object. Examples are an emergency or when you agree or fail to object when asked. If you are not able to object, we will use our best judgment. Special rules apply for when we may share HI of people who have died.
- **For Public Health Activities.** This may be to prevent disease outbreaks.
- **For Reporting Abuse, Neglect or Domestic Violence.** We may only share with entities allowed by law to get this HI. This may be a social or protective service agency.
- **For Health Oversight Activities to an agency allowed by the law to get the HI.** This may be for licensure, audits and fraud and abuse investigations.
- **For Judicial or Administrative Proceedings.** To answer a court order or subpoena.
- **For Law Enforcement.** To find a missing person or report a crime.
- **For Threats to Health or Safety.** This may be to public health agencies or law enforcement. An example is in an emergency or disaster.
- **For Government Functions.** This may be for military and veteran use, national security, or the protective services.
- **For Workers' Compensation.** To comply with labor laws.
- **For Research.** To study disease or disability, as allowed by law.
- **To Give Information on Decedents.** This may be to a coroner or medical examiner. To identify the deceased, find a cause of death or as stated by law. We may give HI to funeral directors.
- **For Organ Transplant.** To help get, store or transplant organs, eyes or tissue.
- **To Correctional Institutions or Law Enforcement.** For persons in custody: (1) To give health care; (2) To protect your health and the health of others; (3) For the security of the institution.
- **To Our Business Associates if needed to give you services.** Our associates agree to protect your HI. They are not allowed to use HI other than as allowed by our contract with them.

- **Other Restrictions.** Federal and state laws may limit the use and sharing of highly confidential HI. This may include state laws on:
 1. HIV/AIDS.
 2. Mental health.
 3. Genetic tests.
 4. Alcohol and drug abuse.
 5. Sexually transmitted diseases (STD) and reproductive health.
 6. Child or adult abuse or neglect or sexual assault.

If stricter laws apply, we aim to meet those laws. Attached is a “Federal and State Amendments” document.

Except as stated in this notice, we use your HI only with your written consent. This includes getting your written consent to share psychotherapy notes about you, to sell your HI to other people, or to use your HI in certain promotional mailings. If you allow us to share your HI, we do not promise that the person who gets it will not share it. You may take back your consent, unless we have acted on it. To find out how, call the phone number on your ID card.

Your rights.

You have a right:

- **To ask us to limit** use or sharing for treatment, payment, or health care operations. You can ask to limit sharing with family members or others involved in your care or payment for it. We may allow your dependents to ask for limits. **We will try to honor your request, but we do not have to do so.**
- **To ask to get confidential communications** in a different way or place. (For example, at a P.O. Box instead of your home.) We will agree to your request when a disclosure could endanger you. We take verbal requests. You can change your request. This must be in writing. Mail it to the address below.
- **To see or get a copy** of certain HI that we use to make decisions about you. You must ask in writing. Mail it to the address below. If we keep these records in electronic form, you will have the right to ask for an electronic copy to be sent to you. You can ask to have your record sent to a third party. We may send you a summary. We may charge for copies. We may deny your request. If we deny your request, you may have the denial reviewed.
- **To ask to amend.** If you think your HI is wrong or incomplete you can ask to change it. You must ask in writing. You must give the reasons for the change. Mail this to the address below. If we deny your request, you may add your disagreement to your HI.
- **To get an accounting** of HI shared in the six years prior to your request. This will not include any HI shared: (i) For treatment, payment, and health care operations; (ii) With you or with your consent; (iii) With correctional institutions or law enforcement. This will not list the disclosures that federal law does require us to track.

- **To get a paper copy of this notice.** You may ask for a copy at any time. Even if you agreed to get this notice electronically, you have a right to a paper copy. You may also get a copy at our website, www.UHCCommunityPlan.com.

Using your rights.

- **To Contact your Health Plan. Call the phone number on your ID card.** Or you may contact the UnitedHealth Group Call Center at **1-800-348-4058, TTY: 711.**
- **To Submit a Written Request.** Mail to:
UnitedHealthcare Government Programs Privacy Office
MN006-W800
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **To File a Complaint.** If you think your privacy rights have been violated, you may send a complaint at the address above.

You may also notify the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. We will not take any action against you for filing a complaint.

THIS NOTICE SAYS HOW YOUR FINANCIAL INFORMATION MAY BE USED AND SHARED. REVIEW IT CAREFULLY.

Effective January 1, 2015.

We² protect your “personal financial information” (“FI”). This means non-health information about someone with health care coverage or someone applying for coverage. It is information that identifies the person and is generally not public.

Information we collect.

We get FI about you from:

- Applications or forms. This may be name, address, age and social security number.
- Your transactions with us or others. This may be premium payment data.

Sharing of FI.

We do not share FI about our members or former members, except as required or permitted by law.

To run our business, we may share FI without your consent to our affiliates. This is to tell them about your transactions, such as premium payment.

- To our corporate affiliates, which include financial service providers, such as other insurers, and non-financial companies, such as data processors;
- To other companies for our everyday business purposes, such as to process your transactions, maintain your account(s), or respond to court orders and legal investigations; and
- To other companies that perform services for us, including sending promotional communications on our behalf.

Confidentiality and security.

We limit access to your FI to our employees and service providers who manage your coverage and provide services. We have physical, electronic and procedural safeguards per federal standards to guard your FI.

Questions about this notice.

If you have any questions about this notice, please **call the toll-free member phone number on your health plan ID card** or contact the UnitedHealth Group Customer Call Center at **1-800-348-4058, TTY: 711**.

¹This Medical Information Notice of Privacy Practices applies to the following health plans that are affiliated with UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Health Plan of Nevada, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United Healthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

²For purposes of this Financial Information Privacy Notice, “we” or “us” refers to the entities listed in footnote 1 on this page of the Health Plan Notices of Privacy Practices, plus the following UnitedHealthcare affiliates: AmeriChoice Health Services, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; HealthAllies, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; ProcessWorks, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc. This Financial Information Privacy Notice only applies where required by law. Specifically, it does not apply to (1) health care insurance products offered in Nevada by Health Plan of Nevada, Inc. and Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; or (2) other UnitedHealth Group health plans in states that provide exceptions for HIPAA covered entities or health insurance products.

**UNITEDHEALTH GROUP HEALTH PLAN NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:
FEDERAL AND STATE AMENDMENTS.**

Revised: January 1, 2015.

The first part of this Notice (pages 1 – 5) says how we may use and share your health information (“HI”) under federal privacy rules. Other laws may limit these rights. The charts below:

1. Show the categories subject to stricter laws.
2. Give you a summary of when we can use and share your HI without your consent.

Your written consent, if needed, must meet the rules of the federal or state law that applies.

Summary of Federal Laws

Alcohol and drug abuse information.

We are allowed to use and disclose alcohol and drug abuse information that is protected by federal law only (1) in certain limited circumstances, and/or disclose only (2) to specific recipients.

Genetic information.

We are not allowed to use genetic information for underwriting purposes.

Summary of State Laws

General Health Information	
We are allowed to disclose general health information only (1) under certain limited circumstances, and/or (2) to specific recipients.	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
HMOs must give enrollees an opportunity to approve or refuse disclosures, subject to certain exceptions.	KY
You may be able to restrict certain electronic disclosures of health information.	NC, NV
We are not allowed to use health information for certain purposes.	CA, IA
We will not use and/or share information regarding certain public assistance programs except for certain purposes.	KY, MO, NJ, SD
We must comply with additional restrictions prior to using or disclosing your health information for certain purposes.	KS



Prescriptions

We are allowed to disclose prescription-related information only (1) under certain limited circumstances, and/or (2) to specific recipients.	ID, NH, NV
--	------------

Communicable Diseases

We are allowed to disclose communicable disease information only (1) under certain limited circumstances, and/or (2) to specific recipients.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
--	------------------------

Sexually Transmitted Diseases and Reproductive Health

We are allowed to disclose sexually transmitted disease and/or reproductive health information only (1) under certain limited circumstances, and/or (2) to specific recipients.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
---	--

Alcohol and Drug Abuse

We are allowed to use and disclose alcohol and drug abuse information (1) under certain limited circumstances, and/or (2) to specific recipients.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
---	--

Disclosures of alcohol and drug abuse information may be restricted by the individual who is the subject of the information.	WA
--	----

Genetic Information

We are not allowed to disclose genetic information without your written consent.	CA, CO, IL, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
--	--

We are allowed to disclose genetic information only (1) under certain limited circumstances and/or (2) to specific recipients.	AK, AZ, FL, GA, IA, MD, MA, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
--	--

Restrictions apply to (1) the use, and/or (2) the retention of genetic information.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT
---	--



HIV/AIDS

We are allowed to disclose HIV/AIDS-related information only (1) under certain limited circumstances and/or (2) to specific recipients.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
Certain restrictions apply to oral disclosures of HIV/AIDS-related information.	CT, FL
We will collect certain HIV/AIDS-related information only with your written consent.	OR

Mental Health

We are allowed to disclose mental health information only (1) under certain limited circumstances and/or (2) to specific recipients.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
Disclosures may be restricted by the individual who is the subject of the information.	WA
Certain restrictions apply to oral disclosures of mental health information.	CT
Certain restrictions apply to the use of mental health information.	ME

Child or Adult Abuse

We are allowed to use and disclose child and/or adult abuse information only (1) under certain limited circumstances, and/or disclose only (2) to specific recipients.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI
--	--

**AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.
ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SE PODRÍA USAR Y COMPARTIR SU
INFORMACIÓN MÉDICA. EXPLICA CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
LÉALO CON ATENCIÓN.**

Vigente a partir del 1º. de enero de 2015.

Nosotros¹ por ley, debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, HI). Deberemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su HI.
- Cuándo podemos compartir su HI con otros.
- Qué derechos tiene sobre su HI.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

En este aviso, "información de salud" (HI) se refiere a la información que se puede usar para identificarlo. Además, deberá relacionarse con su salud o sus servicios de atención médica. Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, le enviaremos un aviso por correo en nuestro próximo envío anual o podemos enviárselo por correo electrónico, si la ley lo permite. Publicaremos el nuevo aviso en el sitio web de su plan de salud **www.UHCCommunityPlan.com**. Tenemos el derecho a hacer que los cambios se apliquen a la HI que tengamos y a la información que recibamos en el futuro. Cumpliremos con la ley y le proporcionaremos una notificación de una violación de su HI.

Recopilamos y mantenemos su HI para que podamos llevar nuestro negocio. HI puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su HI a nuestros empleados y proveedores de servicios que manejan su cobertura y proveen servicios. Tenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento por las normas federales para proteger su HI.

Cómo usamos o compartimos la información.

Tenemos que usar y compartir su HI si nos lo piden:

- Usted o su representante legal.
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para asegurarse de que su privacidad esté protegida.

Tenemos derecho a utilizar y compartir HI. Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podríamos usarla y compartirla con los propósitos siguientes:

- **Para pagos.** Esto también puede incluir la coordinación de beneficios. Por ejemplo, podemos decirle a su médico si usted es elegible para la cobertura y cuánto de la factura podría estar cubierto.
- **Para tratamiento o manejo de la atención.** Por ejemplo, podríamos compartir su HI con proveedores para ayudarles a que le brinden atención.
- **Para operaciones de atención médica relacionadas con su atención.** Por ejemplo, podríamos recomendar un programa de manejo de enfermedades o de bienestar. Podríamos estudiar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- **Para informarle sobre programas o productos de salud.** Podría tratarse de otros tratamientos o de productos y servicios. Estas actividades podrían estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podríamos proporcionar información sobre las inscripciones y un resumen de HI a un patrocinador de un plan de empleadores. Podríamos proporcionarles otra HI si acceden en limitar su uso de acuerdo con las leyes federales.
- **Por razones de respaldo.** Podemos usar su HI para tomar decisiones de respaldo, pero no utilizaremos su HI genética para fines de respaldo.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Por ejemplo, recordatorios de citas.

Podríamos usar o compartir su HI de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Podría tratarse de algún familiar suyo. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Por ejemplo, en casos de emergencia o si usted acepta o no objeta cuando se le pregunta. Si no puede objetar, usaremos nuestro mejor criterio. Se aplican normas especiales para cuando podemos compartir HI de personas que han muerto.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para informar sobre maltratos, abandono o violencia doméstica.** Podremos compartirla con entidades autorizadas por la ley para recibir esta HI. Podría tratarse de una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud a una agencia que cuente con el permiso legal para obtener la HI.** Esto podría ser en el caso de investigaciones sobre licencias, auditorías, fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para aplicar la ley.** Para encontrar una persona desaparecida o denunciar un delito.

- **Para prevenir amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso de las fuerzas armadas o de los servicios a veteranos de guerra, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para compensación de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar una enfermedad o discapacidad, según lo permita la ley.
- **Para proporcionar información sobre defunciones.** Podría ser para el médico forense o para el examinador médico. Para identificar a la persona fallecida, descubrir la causa de la muerte o según lo indique la ley. Podríamos proporcionar la HI a los directores de funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para instituciones penitenciarias o para las fuerzas del orden público.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención médica; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales en caso de que sea necesario para que le proporcionen servicios.** Nuestros socios están de acuerdo en proteger su HI. No se les permite usar la HI, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales podrían limitar el uso y la divulgación de HI altamente confidencial. Esto podría incluir leyes estatales sobre:
 1. VIH/SIDA.
 2. Salud mental.
 3. Pruebas genéticas.
 4. Abuso de alcohol y drogas.
 5. Enfermedades de transmisión sexual (STD) y salud reproductiva.
 6. Maltrato, agresión sexual o abandono de menores o adultos.

Si se aplican leyes más estrictas, aspiramos a cumplir esas leyes. Se adjunta un documento de “Enmiendas federales y estatales”.

Salvo lo que se indica en este aviso, solamente usaremos su HI con su consentimiento por escrito. Esto incluye obtener su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia acerca de usted, para vender su HI a otras personas, o para usar su HI para ciertos propósitos promocionales. Si nos permite que compartamos su HI, no le prometemos que el receptor no la compartirá. Puede retirar su consentimiento, a menos que ya hayamos actuado de acuerdo con tal consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Sus derechos.

Tiene derecho a:

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información relacionada con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas involucradas en su atención médica o en el pago de dicha atención. Podríamos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** en una forma o lugar distintos. (Por ejemplo, en un apartado postal, no en su casa). Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerse por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Para ver u obtener una copia** de la HI que usamos para tomar decisiones con respecto a usted. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. Si mantenemos registros electrónicos, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia electrónica a usted o a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que su HI está equivocada o incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, podría agregar su desacuerdo a su HI.
- **Recibir una lista** de su HI compartida durante los seis años previos a su solicitud. Esto no incluirá ninguna HI compartida: (i) para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o del orden público. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia en cualquier momento. Incluso si acepta recibir este aviso por medios electrónicos, tiene derecho a recibir una copia impresa. También podría obtener una copia en nuestro sitio web, **www.UHCCommunityPlan.com**.

Usando sus derechos.

- **Para contactar a su plan de salud. Llame al número de teléfono en su tarjeta de ID.** O puede contactar al Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-800-348-4058, TTY: 711.**
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo a:
UnitedHealthcare Government Programs Privacy Office
MN006-W800
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **Para presentar una reclamación.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una reclamación a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarlo al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una reclamación.

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR. LÉALO ATENTAMENTE.

Vigente a partir del 1º. de enero de 2015.

Protegemos² su “información financiera personal” (financial information, FI). Esto representa la información no relacionada con la salud sobre una persona con cobertura médica o sobre una persona que solicite la cobertura. Se trata de información que identifica a la persona y que por lo general no es pública.

Información que recopilamos.

Obtenemos FI sobre usted de:

- Solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Sus transacciones con nosotros o con otras empresas. Podría ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la FI.

No compartimos FI de nuestros miembros ni de personas que hayan sido miembros, excepto cuando la ley lo requiera o lo permita.

A fin de realizar nuestras operaciones comerciales, es posible que compartamos FI con nuestras filiales sin su consentimiento. Esto sirve para informarles acerca de sus transacciones, como el pago de sus primas.

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información.
- A otras compañías para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sustransacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales.
- A otras compañías que prestan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad.

Limitamos el acceso a su FI a nuestros empleados y proveedores de servicios que administran su cobertura y proporcionan los servicios. Aplicamos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con normas federales, para proteger su FI.

Preguntas sobre este aviso.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor **llame al número de teléfono sin cobrar para miembros en la tarjeta de ID de su plan de salud** o contacte al Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-800-348-4058, TTY: 711**.

¹Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Health Plan of Nevada, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

²Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota de pie de página 1 en esta página de Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad, además de las filiales siguientes de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; HealthAllies, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; ProcessWorks, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo se aplica cuando la ley lo exija. Específicamente, no tiene vigencia para (1) productos de seguros médicos en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones para las entidades cubiertas por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) u otros productos de seguro médico.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD DE UNITEDHEALTH GROUP: ENMIENDAS ESTATALES Y FEDERALES.

Revisado: 1º. de enero de 2015.

La primera parte de este Aviso (páginas 1 a 6) indica cómo podemos usar y divulgar su información de salud (“HI”) según las normas federales de privacidad. Otras leyes podrían limitar estos derechos. Los cuadros siguientes:

1. Muestran las categorías que están sujetas a leyes más estrictas.
2. Le ofrecen un resumen de cuándo podemos usar y divulgar su HI sin su consentimiento.

Su consentimiento por escrito, si es necesario, debe cumplir con las reglas de las leyes federales o estatales que correspondan.

Resumen de las leyes federales

Información sobre and abuso de alcohol y drogas.

Podríamos usar y compartir información sobre alcohol y drogas protegida por las leyes federales únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos receptores.

Información genética.

No se nos permite usar la información genética para fines de aseguramiento.

Resumen de las leyes estatales

Información de salud general	
Estamos autorizados a compartir información de salud general únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) debe permitirles a los afiliados aprobar o rechazar la divulgación de información, con algunas excepciones.	KY
Usted puede limitar ciertas divulgaciones electrónicas de la información de salud.	NC, NV
No podremos utilizar su información de salud para ciertos propósitos.	CA, IA
No utilizaremos y/o revelaremos información relativa a ciertos programas de asistencia pública, excepto para ciertos propósitos.	KY, MO, NJ, SD
Debemos cumplir con las restricciones adicionales antes de usar o revelar su información de salud para ciertos propósitos.	KS



Recetas	
Podremos compartir la información sobre recetas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	ID, NH, NV
Enfermedades contagiosas	
Podremos compartir información sobre enfermedades contagiosas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva	
Estamos autorizados a compartir información sobre las enfermedades de transmisión sexual y/o salud reproductiva únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
Abuso de alcohol y drogas	
Podremos usar y compartir información sobre el abuso de alcohol y drogas únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente con (2) recipientes específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
La divulgación de la información sobre el abuso de alcohol y drogas podrá ser limitada por la persona que es sujeto de dicha información.	WA
Información genética	
No podremos divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.	CA, CO, IL, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
Podremos compartir la información genética únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AK, AZ, FL, GA, IA, MD, MA, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Se aplican restricciones a (1) el uso, y/o (2) el mantenimiento de la información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT



VIH / SIDA

Podremos compartir la información relacionada con el VIH/SIDA (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
Se aplican algunos límites para la divulgación oral de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
Recabamos cierta información sobre VIH/SIDA sólo con su consentimiento por escrito.	OR

Salud mental

Podremos compartir información sobre salud mental únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
La divulgación de la información podrá ser limitada por la persona que es el sujeto de dicha información.	WA
Se aplican ciertas restricciones para la divulgación oral de información sobre la salud mental.	CT
Se aplican ciertas restricciones al uso de información sobre salud mental.	ME

Abuso de menores o de adultos

Podremos usar y compartir información sobre abuso de menores y/o adultos únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI
--	--