

NOTIFICAÇÕES DO PLANO DE SAÚDE SOBRE PRÁTICAS DE CONFIDENCIALIDADE

ESTA NOTIFICAÇÃO INDICA COMO AS INFORMAÇÕES CLÍNICAS SOBRE A SUA PESSOA PODEM SER USADAS E PARTILHADAS. INDICA COMO É QUE VOCÊ PODE TER ACESSO A ESTAS INFORMAÇÕES. LEIA-A ATENTAMENTE.

Com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2016.

Nós¹ temos a obrigação legal de proteger a confidencialidade das suas informações de saúde (health information “HI”). Temos de lhe enviar esta notificação. Indica-lhe:

- Como podemos usar as suas HI.
- Quando podemos partilhar as suas HI com os outros.
- Que direitos tem para aceder às suas HI.

De acordo com a lei, temos de cumprir os termos desta notificação.

“Informações de saúde” (ou HI) nesta notificação significa informações relacionadas com a sua saúde ou com serviços de cuidados de saúde que podem ser usadas para o identificar. Temos o direito de alterar as nossas práticas de confidencialidade. Se o fizermos, iremos notificá-lo por correio ou por e-mail, conforme permitido por lei. Se tivermos um website do seu plano de saúde, também iremos publicar a nova notificação no mesmo <http://www.uhcommunityplan.com/ri.html>. Temos o direito de aplicar a notificação modificada às HI que temos agora e a informações futuras. Cumpriremos a lei e dar-lhe-emos uma notificação de uma violação das suas HI.

Recolhemos e mantemos as suas HI para que possamos gerir o nosso negócio. As HI podem ser orais, escritas ou eletrónicas. Limitamos o acesso a todos os tipos das suas HI aos nossos colaboradores e prestadores de serviços que gerem a sua cobertura e fornecem os serviços. Temos salvaguardas físicas, eletrónicas e processuais de acordo com as normas federais para proteger as suas HI.

Como usamos ou partilhamos as suas informações

Temos de usar e partilhar as suas HI:

- Consigo ou com o seu representante legal.
- Com o Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos.

Temos o direito de utilizar e partilhar as suas HI para determinados fins. Isto tem de ser para o seu tratamento, para pagar os seus cuidados e para gerirmos o nosso negócio. Por exemplo, podemos usar e partilhar as suas HI:

- **Para pagamentos.** Podemos usar ou compartilhar as suas HI para processar prêmios e reclamações. Isto também pode incluir coordenar benefícios. Por exemplo, podemos dizer a um médico se você é elegível para cobertura e que percentagem da conta pode ser coberta.
- **Para tratamento ou gestão de cuidados.** Podemos compartilhar as suas HI com os prestadores para os ajudar a prestar-lhe cuidados.
- **Para operações de cuidados de saúde relacionadas com os seus cuidados.** Podemos sugerir um programa de bem-estar ou de gestão da doença. Podemos estudar os dados para ver como podemos melhorar os nossos serviços.
- **Para lhe falarmos sobre Programas de Saúde ou Produtos.** Podemos falar-lhe sobre outros tratamentos, produtos e serviços. Estas atividades podem ser limitadas por lei.
- **Para Promotores do Plano.** Podemos fornecer HI de adesão, retirada da adesão e resumidas ao promotor do plano da sua entidade patronal. Podemos fornecer-lhes outras HI se concordarem em limitar o seu uso de acordo com a lei federal.
- **Para fins de subscrição.** Podemos usar as suas HI para tomar decisões de subscrição, mas não usaremos as suas HI genéticas para fins de subscrição.
- **Para lembretes sobre benefícios ou sobre cuidados.** Podemos usar as suas HI para enviar-lhe informações sobre os seus benefícios de saúde ou cuidados e lembretes de consultas.

Podemos usar ou partilhar as suas HI como se segue:

- **Conforme exigido por lei.**
- **Com pessoas envolvidas nos seus cuidados.** Pode tratar-se de um familiar. Isso pode acontecer se não estiver capaz de concordar ou objetar. Exemplos disso são uma emergência ou quando concorda ou não objeta quando lhe perguntam. Se não está capaz de objetar, usaremos o nosso melhor critério. Se falecer, podemos compartilhar HI com familiares ou amigos que ajudaram a prestar-lhe cuidados antes da sua morte exceto se nos comunicou o seu desejo de que isso não aconteça.
- **Para atividades de saúde pública.** Isto pode destinar-se a evitar epidemias de doenças.
- **Para denunciar abusos, negligência ou violência doméstica.** Apenas podemos compartilhar com entidades a quem a lei permita que obtenham estas IS. Pode tratar-se de uma entidade social ou de serviços de proteção.
- **Para atividades de fiscalização de saúde** a uma entidade com permissão legal para obter as HI. Isto pode ser por motivo de licenciamento, auditorias e investigações de fraude e abuso.
- **Para procedimentos judiciais ou administrativos.** Para responder a uma ordem ou mandado do tribunal.
- **Para aplicação da lei.** Para encontrar uma pessoa desaparecida ou comunicar um crime.
- **Para ameaças à saúde ou à segurança.** Aplica-se a agências de saúde pública ou de aplicação da lei. Um exemplo disso é uma emergência ou um desastre.
- **Para funções governamentais.** Pode ser para uso militar e de veteranos, segurança nacional ou serviços de proteção.
- **Para a compensação de trabalhadores.** Para cumprir as leis laborais.
- **Para investigação.** Para estudar doenças ou incapacidade, conforme permitido pela lei.
- **Para dar informações sobre pessoas falecidas.** Pode ser a um médico legista ou a um patologista. Para identificar o falecido, encontrar uma causa de morte ou conforme estipulado por lei. Podemos dar HI aos diretores funerários.
- **Para transplante de órgãos.** Para ajudar a receber, conservar ou transplantar órgãos, olhos ou tecidos.
- **Para instituições de correção ou aplicação da lei.** Para pessoas detidas: (1) Para prestar cuidados de saúde; (2) Para proteger a sua saúde e a saúde dos outros; (3) Para segurança da instituição.

- **Com os nossos associados comerciais** se necessário para lhe prestar serviços. Os nossos associados concordam em proteger as suas HI. Não estão autorizados a usar as HI de outra forma que não a permitida segundo o nosso contrato com eles.
- **Outras restrições.** As leis federais e estatais podem limitar o uso e a partilha de HI altamente confidenciais. Estas podem incluir leis estatais sobre:
 1. VIH/SIDA
 2. Saúde mental
 3. Testes genéticos
 4. Abuso de álcool e de drogas
 5. Doenças sexualmente transmissíveis e saúde reprodutiva
 6. Abuso de crianças ou adultos ou negligência ou agressão sexual

Caso se apliquem leis mais rigorosas, procuramos cumprir essas leis. O documento “Federal and State Amendments” anexo descreve essas leis mais detalhadamente.

Salvo nos casos indicados nesta notificação, apenas utilizaremos as suas HI com o seu consentimento por escrito. Isto inclui obter o seu consentimento por escrito para partilhar notas de psicoterapia sobre a sua pessoa, vender as suas HI a outras pessoas ou usar as suas HI em certas distribuições de correspondência promocional. Se nos permitir partilhar as suas HI, não prometemos que a pessoa que as obtiver não as vai partilhar. Poderá retirar o seu consentimento, a não ser que já tenhamos atuado em função do mesmo. Para saber como, ligue para o número de telefone indicado no seu cartão de identificação.

Os seus direitos

Tem o direito:

- **De nos pedir que limitemos** o uso ou a partilha para operações de tratamento, pagamento ou cuidados de saúde. Pode pedir que limitemos a partilha com os familiares ou outras pessoas envolvidas nos seus cuidados ou no pagamento dos mesmos. Podemos permitir que os seus dependentes peçam limites. **Tentaremos honrar o seu pedido, mas não temos de o fazer.**
- **De pedir para receber as informações confidenciais** de um outro modo ou num outro local. (Por exemplo, num apartado em vez de em sua casa). Concordaremos com o seu pedido quando uma divulgação possa colocá-lo em perigo. Recebemos pedidos verbais. Pode alterar o seu pedido. Isto tem de ser feito por escrito. Envie-o para a morada indicada abaixo.
- **De ver ou receber uma cópia** de certas HI que usamos para tomar decisões sobre a sua pessoa. Tem que pedir por escrito. Envie-o para a morada indicada abaixo. Se conservarmos estes registos em formato eletrónico, terá o direito de pedir que lhe seja enviada uma cópia eletrónica. Poderá pedir que o seu registo seja enviado a um terceiro. Podemos enviar-lhe um resumo. Podemos cobrar pelas cópias. Podemos recusar o seu pedido. Caso recusemos o seu pedido, poderá pedir uma análise da recusa.
- **De solicitar uma alteração.** Caso pense que as suas HI estão erradas ou incompletas, poderá pedir para as alterar. Tem que pedir por escrito. Tem que apresentar motivos para a alteração. Envie o pedido para a morada indicada abaixo. Caso recusemos o seu pedido, poderá juntar a sua discordância às suas HI.
- **De obter uma contabilização** das HI partilhadas nos 6 anos anteriores ao seu pedido. Isto não irá incluir quaisquer HI partilhadas: (i) (i) Para operações de tratamento, pagamento e de cuidados de

saúde; (ii) Consigo ou com o seu consentimento; (iii) Com instituições de correção ou de aplicação da lei. Esta não irá enumerar as divulgações que a lei federal nos obriga a rastrear.

- **De obter uma cópia em papel desta notificação.** Poderá pedir uma cópia a qualquer momento. Mesmo que tenha concordado em receber esta notificação em formato eletrónico, tem direito a uma cópia em papel. Se tivermos um website do seu plano de saúde, também pode obter uma cópia no nosso website, <http://www.uhcommunityplan.com/ri.html>

Usar os seus direitos

- **Para contactar o seu plano de saúde. Ligue para o número de telefone indicado no seu cartão de identificação.** Ou pode contactar o Centro de Assistência do UnitedHealth Group através do 1-866-633-2446 ou TTY 711.
- **Para submeter um pedido por escrito.** Envie a correspondência para:
UnitedHealthcare Government Programs Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **Para apresentar uma queixa.** Se considera que os seus direitos de confidencialidade foram violados, poderá enviar uma queixa para a morada indicada acima.

Também poderá notificar o Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Não tomaremos quaisquer medidas contra si por apresentar uma queixa.

¹ Esta Notificação de Práticas de Confidencialidade das Informações Clínicas aplica-se aos seguintes planos de saúde que estão afiliados ao 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.

ESTA NOTIFICAÇÃO REVELA COMO AS INFORMAÇÕES FINANCEIRAS SOBRE A SUA PESSOA PODEM SER USADAS E PARTILHADAS. ANALISE-A ATENTAMENTE.

Com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2016

Nós² protegemos as suas “informações financeiras pessoais” (“IF”). Isso significa as informações que não são de saúde sobre alguém com cobertura de cuidados de saúde ou alguém que esteja a candidatar-se a cobertura. Trata-se de informação que identifica a pessoa e que geralmente não é pública.

Informações que recolhemos

Obtemos IF suas a partir de:

- Candidaturas ou formulários. Estas podem ser o nome, morada, idade e número da segurança social.
- As suas transações connosco ou com outros. Estas podem ser dados de pagamentos de prémios.

Partilha de IF

Não partilhamos IF sobre os nossos associados ou antigos associados, salvo conforme exigido ou permitido por lei.

Para gerirmos o nosso negócio, podemos partilhar IF com as nossas afiliadas sem o seu consentimento. Isto será para as informarmos das suas transações, tais como o pagamento de prémios.

- Com as nossas afiliadas empresariais, que incluem prestadores de serviços financeiros, tais como outras seguradoras, e empresas não financeiras, tais como processadores de dados;
 - Com outras empresas para fins do nosso negócio quotidiano, como por exemplo para processar as suas transações, manter a(s) sua(s) conta(s) ou responder a ordens do tribunal e investigações legais; e
 - Com outras empresas que efetuam serviços para nós, incluindo enviar comunicações promocionais em nosso nome.

Confidencialidade e segurança

Limitamos o acesso a todas as suas IF aos nossos colaboradores e prestadores de serviços que gerem a sua cobertura e fornecem serviços. Temos salvaguardas físicas, eletrónicas e de procedimentos de acordo com as normas federais para proteger as suas IF.

Questões sobre esta notificação.

Se tiver quaisquer dúvidas sobre esta notificação, **contacte o número de telefone gratuito para membros, indicado no cartão de identificação do plano de saúde**, ou contacte o Centro de Apoio ao Cliente do UnitedHealth Group através do 1-866-633-2446, ou TTY 711

²Para fins desta Notificação de Confidencialidade de Informações Financeiras, “nós” ou “a nós” refere-se às entidades enumeradas no rodapé 1, começando na página 4 dos Avisos do Plano de Saúde sobre Práticas de Confidencialidade, mais as seguintes afiliadas da UnitedHealthcare: Alere Women’s and Children’s Health, LLC; AmeriChoice Health Services, Inc.; Connexions HCI, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC.; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; 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. Esta Notificação de Confidencialidade de Informações Financeiras só se aplica quando tal for exigido por lei. Especificamente, não se aplica a (1) produtos de seguros de cuidados de saúde oferecidos no Nevada pela Health Plan of Nevada, Inc. e Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ou (2) outros planos de saúde do UnitedHealth Group em estados que estabelecem exceções

UNITEDHEALTH GROUP
NOTIFICAÇÕES DO PLANO DE SAÚDE SOBRE PRÁTICAS DE CONFIDENCIALIDADE:
ALTERAÇÕES FEDERAIS E ESTATAIS

Revisto: 1 de janeiro de 2016

A primeira parte desta notificação (páginas 1 – 4) indica de que modo podemos usar e partilhar as suas informações de saúde (health information, “HI”) nos termos das normas de privacidade federais. Outras leis poderão limitar esses direitos. Os gráficos abaixo:

1. Mostram as categorias sujeitas a leis mais rigorosas.
2. Dão-lhe um resumo de quando podemos usar e partilhar as suas HI sem dar o seu consentimento.

O seu consentimento por escrito, se necessário, tem de cumprir as normas da lei federal ou estatal aplicável.

Resumo das leis federais

Informações de abuso de álcool e de drogas	
É-nos permitido usar e divulgar informações de abuso de álcool e de drogas que estão protegidas pela lei federal apenas (1) em certas circunstâncias limitadas, e/ou divulgar apenas (2) a destinatários específicos.	
Informação genética	
Não nos é permitido usar informações genéticas para fins de subscrição.	

Resumo das leis estatais

Informações de saúde gerais	
É-nos permitido divulgar informações gerais de saúde apenas (1) em certas circunstâncias limitadas, e/ou (2) a destinatários específicos.	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
Os HMO têm de dar aos aderentes uma oportunidade de aprovar ou recusar divulgações, sujeito a certas exceções.	KY
Poderá ser capaz de restringir certas divulgações eletrónicas de informações de saúde.	NC, NV
Não nos é permitido usar informações de saúde para certos fins.	CA, IA
Não usaremos nem divulgaremos informações relativas a certos programas públicos de assistência, salvo para certos fins.	KY, MO, NJ, SD
Temos de cumprir restrições adicionais antes de usar ou divulgar as suas informações de saúde para certos fins.	KS
Receitas	
É-nos permitido divulgar informações relacionadas com receitas apenas (1) em certas circunstâncias limitadas, e/ou (2) a destinatários específicos.	ID, NH, NV
Doenças comunicáveis	
É-nos permitido usar e divulgar informações de doença comunicáveis apenas (1) sob certas circunstâncias limitadas, e/ou apenas (2) a destinatários específicos.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK

Resumo das leis estatais

Doenças sexualmente transmissíveis e saúde reprodutiva	
É-nos permitido divulgar informações de doenças sexualmente transmissíveis e/ou de saúde reprodutiva apenas (1) em certas circunstâncias limitadas, e/ou (2) a destinatários específicos.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
Abuso de álcool e de drogas	
É-nos permitido usar e divulgar informações de abuso de álcool e de drogas (1) em certas circunstâncias limitadas, e/ou divulgar apenas (2) a destinatários específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
As divulgações sobre abuso de álcool e de drogas poderão ser restringidas pelo indivíduo que constitui o titular das informações.	WA
Informação genética	
Não estamos autorizados a divulgar informações genéticas sem o seu consentimento por escrito.	CA, CO, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
É-nos permitido divulgar informações genéticas apenas (1) em certas circunstâncias limitadas, e/ou (2) a destinatários específicos.	AK, AZ, FL, GA, IA, IL, MD, MA, ME, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Aplicam-se restrições ao (1) uso, e/ou (2) à retenção de informação genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT
VIH / SIDA	
É-nos permitido divulgar informações sobre o VIH/SIDA apenas (1) em certas circunstâncias limitadas, e/ou (2) a destinatários específicos.	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
Aplicam-se certas restrições à divulgação oral de informações relacionadas com o VIH/SIDA.	CT, FL
Iremos recolher certas informações relacionadas com o VIH/SIDA apenas com o seu consentimento por escrito.	OR
Saúde mental	
É-nos permitido divulgar informações de saúde mental apenas (1) em certas circunstâncias limitadas, e/ou (2) a destinatários específicos.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
As divulgações poderão ser restringidas pelo indivíduo que constitui o titular das informações.	WA
Aplicam-se certas restrições à divulgação oral de informações sobre a saúde mental.	CT
Aplicam-se certas restrições ao uso de informações sobre a saúde mental.	ME
Abuso de crianças ou adultos	
É-nos permitido usar e divulgar informações de abuso de crianças e/ou adultos apenas (1) em certas circunstâncias limitadas, e/ou divulgar apenas (2) a destinatários específicos.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI