

## **AVISOS DE PRÁCTICAS PRIVADAS DE PLANES DE SALUD**

**ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE PODRÁ USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA. EXPLICA CÓMO PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO CON DETENIMIENTO.**

En vigencia a partir del 1 de enero de 2016.

Por ley, debemos<sup>1</sup> proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Este aviso le informa lo siguiente:

- Cómo podemos utilizar su HI.
- Cuándo podemos compartir su HI con otros.
- Qué derechos tiene para acceder a su información de salud.

Por ley, debemos seguir los términos de este aviso.

La “información de salud” (o HI) en este aviso significa información relacionada con su salud o los servicios de atención médica que puedan usarse para identificarlo. Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, se le notificará por correo o correo electrónico, según lo permitido por la ley. Si mantenemos un sitio web para su plan de salud, también se publicará el nuevo aviso allí, en <http://www.uhcommunityplan.com/ri.html>. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso modificado se aplique a la HI que tenemos ahora y a información futura. Respetaremos la ley y le avisaremos de cualquier incumplimiento en su HI.

Recopilamos y mantenemos su HI para poder operar nuestro negocio. La HI puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a las diferentes formas en que mantengamos su información de salud a nuestros empleados y proveedores de servicios que manejan su cobertura y prestación de servicios. De conformidad con los estándares federales, contamos con medidas de seguridad físicas, electrónicas y procesales para proteger su HI.

### **Cómo usamos o divulgamos su información**

#### **Debemos usar y divulgar su información con las siguientes personas:**

- Usted o su representante legal.
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Tenemos derecho de usar y compartir su HI para determinados fines.** Para brindarle tratamiento, para pagar su atención y para operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su HI:

---

- **Para recibir un pago.** Podemos usar o compartir su HI para procesar los pagos de primas y reclamaciones. Esto también puede incluir la coordinación de beneficios. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si usted es elegible para recibir cobertura y qué monto de la factura se podrá cubrir.
- **Para tratamientos o el manejo de su atención.** Podemos compartir su HI con los proveedores para ayudarlos a que le brinden atención.
- **Para operaciones de atención médica relacionadas con su atención.** Podemos sugerir un programa de bienestar o control de enfermedades. Podemos estudiar los datos para ver cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- **Para informarle sobre programas o productos de salud.** Podemos informarle acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden ser limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos brindarle su HI resumida, de inscripción y cancelación de la inscripción al patrocinador del plan de su empleador. También podemos darles otra HI si aceptan limitar su uso tal como lo requiere la ley federal.
- **Para fines de suscripción.** Podemos usar su HI para tomar decisiones de suscripción, pero no usaremos su HI genética para fines de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos usar su HI para enviarle información sobre sus beneficios de salud o atención médica y recordatorios de citas con el médico.

**Podemos usar o compartir su HI de la siguiente manera:**

- **Según lo exija la ley.**
- **Con personas involucradas en su atención.** Podemos compartir su HI con un familiar. Esto puede suceder si usted no está en condiciones de aceptar u oponerse a dicha divulgación. Entre los ejemplos se incluyen una situación de emergencia o cuando usted acepta o no se opone a la divulgación de su HI cuando se le pregunta. Si usted no se opone a esta divulgación, utilizaremos nuestro mejor juicio. Si usted fallece, podemos compartir su HI con sus familiares o amigos que hayan ayudado con su atención médica antes de su muerte, a menos que hacerlo vaya en contra de los deseos que usted compartió con nosotros antes de su muerte.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría hacerse para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para denunciar situaciones de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Solo podemos compartir su HI con entidades autorizadas por la ley para recibir esta información. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para que una agencia autorizada por ley a obtener la HI realice actividades de vigilancia de la salud.** Esto puede hacerse para ayudar en investigaciones de licencias, auditorías, fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden judicial o citación.
- **Para la aplicación de la ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o denunciar un crimen.
- **Por amenazas a la salud o la seguridad.** Su HI se podrá entregar a agencias de salud pública o del orden público. Un ejemplo es en una situación de emergencia o desastre.
- **Para funciones gubernamentales.** El uso o la divulgación de su HI puede realizarse para uso militar y de veteranos, para la seguridad nacional o recibir servicios de protección.
- **Para compensación laboral.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para el estudio de enfermedades o discapacidades, según lo permitido por la ley.
- **Para proporcionar información sobre personas fallecidas.** Podremos entregar su HI a un médico forense. Para identificar a la persona fallecida, encontrar la causa de la muerte o según lo indique la ley. Podemos darle su HI a los directores de funerarias.
- **Para el trasplante de órganos.** Para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, ojos o tejidos.

- **A instituciones correccionales o de aplicación de la ley.** Para las personas que están detenidas: (1) para brindar atención médica; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** si es necesario para brindarle servicios. Nuestros socios aceptan proteger su HI. No se les permite usar la HI de una forma que no sea la permitida por nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar el uso y la divulgación de la HI de alta confidencialidad. Esto puede incluir las leyes estatales sobre:
  1. VIH/SIDA.
  2. Salud mental.
  3. Pruebas genéticas.
  4. Abuso de alcohol y drogas.
  5. Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva.
  6. Abuso o negligencia o ataques sexuales a niños o adultos.

Si se aplican leyes más estrictas, nuestro objetivo es cumplir con esas leyes. En el documento adjunto “Enmiendas federales y estatales” se describen esas leyes con mayor detalle.

A excepción de lo indicado en este aviso, utilizamos su HI solamente con su consentimiento por escrito. Esto incluye obtener su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, para vender su HI a otras personas o para usar su HI en determinados correos promocionales. Si nos permite que compartamos su HI, no prometemos que la persona que la reciba no la compartirá. Usted puede revocar su consentimiento, a menos que ya hayamos actuado en conformidad con él. Para averiguar cómo revocar su consentimiento, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

## Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su HI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Puede solicitar que se limite la divulgación a sus familiares u otras personas involucradas en su atención o pago de su atención. Podemos permitir que sus dependientes soliciten limitaciones sobre su HI. **Trataremos de cumplir con su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir recibir comunicaciones confidenciales de una manera** o en un lugar diferentes. (Por ejemplo, en una casilla postal en lugar de su casa). Aceptaremos este pedido cuando la divulgación puede ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Debe hacerse por escrito. Enviarla por correo a la dirección que figura más abajo.
- **Ver u obtener una copia** de cierta HI que usamos para tomar decisiones acerca de usted. Debe realizar la solicitud por escrito. Enviarla por correo a la dirección que figura más abajo. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, tendrá derecho a solicitar que se le envíe una copia electrónica. Puede pedir que su registro se envíe a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle por las copias. Podemos negar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, podrá pedir una revisión de esta.
- **Solicitar que se realicen enmiendas.** Si cree que su información es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se cambie. Debe realizar la solicitud por escrito. Debe dar las razones para el

cambio. Enviarla por correo a la dirección que figura más abajo. Si rechazamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su HI.

- **Obtener una rendición de cuentas** de la HI compartida en los seis años anteriores a su solicitud. Esta lista no incluirá la HI compartida: (i) (i) para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales o de aplicación de la ley. No se incluirán las divulgaciones para las que la ley federal nos exige que realicemos un seguimiento.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Usted puede pedir una copia en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este aviso electrónicamente, usted tiene derecho a solicitar una copia en papel. Si contamos con un sitio web para su plan de salud, también puede obtener una copia desde nuestro sitio web, en <http://www.uhcommunityplan.com/ri.html>

### Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud. Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de atención telefónica de UnitedHealth Group llamando al 1-866-633-2446 o TTY 711.
- **Para presentar una solicitud escrita.** Escriba por correo postal a la siguiente dirección:  
UnitedHealthcare Government Programs Privacy Office  
MN017-E300  
P.O. Box 1459  
Minneapolis, MN 55440
- **Para presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección anterior.

**También puede notificarle sobre el asunto al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.** No tomaremos ninguna acción contra usted por presentar una queja.

<sup>1</sup> Este Aviso de prácticas privadas 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.

## **ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE PODRÁ USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. REVÍSELO CON DETENIMIENTO.**

En vigencia a partir del 1 de enero de 2016

Nosotros<sup>2</sup> protegemos su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). Esto significa la información no relacionada con la salud acerca de alguien con cobertura de atención médica o alguien que solicita la cobertura. Es información que identifica a la persona y suele ser no pública.

### **Información que recopilamos**

Obtenemos FI sobre usted a partir de:

- Solicitudes o formularios. Esta información puede incluir nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Sus transacciones con nosotros u otros. Puede tratarse de datos de pago de primas.

### **Divulgación de FI**

No compartimos FI de nuestros miembros o antiguos miembros, excepto cuando así lo exija o permita la ley.

Para operar nuestro negocio, podemos compartir FI sin su consentimiento a nuestras afiliadas. Esto se realiza para informarles sobre sus transacciones, tales como pago de las primas.

- Compartimos su FI con nuestras afiliadas corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, tales como otras compañías de seguros, y otras empresas no financieras, tales como procesadores de datos;
- Compartimos su FI con otras empresas para lograr nuestros propósitos comerciales diarios, tales como procesar sus transacciones, mantener sus cuentas o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Y compartimos su FI con otras empresas que nos prestan servicios, incluyendo 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 manejan su cobertura y prestación de servicios. De conformidad con los estándares federales, contamos con medidas de seguridad físicas, electrónicas y procesales para proteger su FI.

### **Preguntas sobre este aviso**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, **llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en la tarjeta de identificación del plan de salud** o comuníquese con [el Centro de atención telefónica al cliente de UnitedHealth Group llamando al 1- 866- 633- 2446 o al TTY 711

<sup>2</sup>A los fines de este Aviso de prácticas privadas de información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades enumeradas en la nota al pie 1, a partir de la página 4 de los Avisos de prácticas privadas de planes de salud, además de las siguientes afiliadas de 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. Este Aviso de prácticas privadas de información financiera solo se aplica donde lo exija la ley. En concreto, no se aplica a los (1) productos de seguro de atención médica que ofrecen en Nevada el 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 brinden excepciones.

**UNITEDHEALTH GROUP**  
**AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS DE PLANES DE SALUD:**  
**ENMIENDAS FEDERALES Y ESTATALES**

**Revisión: 1 de enero de 2016**

La primera parte de este Aviso (páginas 1 a 4) indica cómo podemos utilizar y compartir su información de salud (“HI”) de conformidad con las normas federales de privacidad. Otras leyes pueden limitar estos derechos. Las tablas siguientes:

1. Muestran las categorías sujetas a leyes más estrictas.
2. Le ofrecen un resumen de cuándo podemos usar y compartir su información sin su consentimiento.

Su consentimiento por escrito, si es necesario, debe cumplir con las normas de las leyes federales o estatales que se apliquen.

**Resumen de leyes federales**

<b>Información sobre abuso de drogas y alcohol</b>	
Se nos permite usar y divulgar información sobre abuso de alcohol y drogas que esté protegida por la ley federal solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas, o divulgarla solamente (2) a destinatarios específicos.	
<b>Información genética</b>	
No se nos permite usar la información genética con fines de suscripción.	

**Resumen de leyes estatales**

<b>Información de salud general</b>	
Se nos permite divulgar información de salud general solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas y/o (2) a destinatarios específicos.	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
Las organizaciones de mantenimiento de la salud (health maintenance organization, HMO) deben darles a los inscritos la oportunidad de aprobar o rechazar las divulgaciones, sujeto a ciertas excepciones.	KY
Es posible que pueda restringir ciertas divulgaciones electrónicas de información de salud.	NC, NV
No se nos permite usar la información de salud para determinados propósitos.	CA, IA
No usaremos ni divulgaremos información relacionada con ciertos programas de asistencia pública, excepto para determinados propósitos.	KY, MO, NJ, SD
Debemos cumplir con restricciones adicionales antes de utilizar o divulgar su información de salud para determinados propósitos.	KS
<b>Fármacos recetados</b>	
Se nos permite divulgar información relacionada con fármacos recetados solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	ID, NH, NV
<b>Enfermedades contagiosas</b>	

### **Resumen de leyes estatales**

Se nos permite divulgar información sobre enfermedades contagiosas solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
<b>Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva</b>	
Se nos permite divulgar información sobre enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
<b>Abuso de alcohol y drogas</b>	
Se nos permite usar y divulgar información sobre abuso de alcohol y drogas solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas, o divulgarla solamente (2) a destinatarios específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
Las divulgaciones de información sobre abuso de alcohol y drogas pueden estar restringidas por la persona que sea el sujeto de la información.	WA
<b>Información genética</b>	
No se nos permite divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.	CA, CO, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
Se nos permite divulgar información genética solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AK, AZ, FL, GA, IA, IL, MD, MA, ME, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Las restricciones se aplican a (1) la utilización o (2) la retención de la información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT
<b>VIH/SIDA</b>	
Se nos permite divulgar información relacionada con el VIH/SIDA solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios 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
Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
Recopilaremos determinada información relacionada con el VIH/SIDA solamente con su consentimiento por escrito.	OR
<b>Salud mental</b>	
Se nos permite divulgar información de salud mental solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
Las divulgaciones pueden estar restringidas por la persona que sea el sujeto de la información.	WA
Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de información de salud mental.	CT
Se aplican ciertas restricciones a la utilización de la información de salud mental.	ME
<b>Abuso sufrido por niños o adultos</b>	
Se nos permite usar y divulgar información sobre abuso sufrido por niños o adultos solamente (1) bajo determinadas circunstancias limitadas, o divulgarla solamente (2) a destinatarios específicos.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI