



## HEALTH PLAN NOTICES OF PRIVACY PRACTICES

NOTICE FOR MEDICAL INFORMATION: Pages 1 - 5.

NOTICE FOR FINANCIAL INFORMATION: Pages 6 - 7.

### MEDICAL INFORMATION PRIVACY NOTICE

**THIS 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, 2010

We<sup>1</sup> must by law protect the privacy of your health information (“HI”). We must send you this notice. It tells you:

---

<sup>1</sup> This Medical Information Notice of Privacy Practices applies to the following health plans that are affiliated with UnitedHealth Group: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Insurance Company of California; American Medical Security Life Insurance Company; AmeriChoice of Connecticut, Inc.; AmeriChoice of Georgia, Inc.; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; AmeriChoice of Pennsylvania, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Arnett HMO, Inc.; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Evercare of Arizona, Inc.; Evercare of New Mexico, Inc.; Evercare of Texas, LLC; Golden Rule Insurance Company; Great Lakes Health Plan, Inc.; Health Plan of Nevada, Inc.; IBA Health and Life Assurance Company; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD - Individual Practice Association, Inc.; Midwest Security Life Insurance Company; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; Pacific Union Dental, Inc.; PacifiCare Behavioral Health of California, Inc.; PacifiCare Behavioral Health, Inc.; PacifiCare Dental; PacifiCare Dental of Colorado, Inc.; PacifiCare Insurance Company; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of California; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; PacifiCare of Oklahoma, Inc.; PacifiCare of Oregon, Inc.; PacifiCare of Texas, Inc.; PacifiCare of Washington, Inc.; Sierra Health & Life Insurance Co., Inc.; Spectera, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Family Health Plan of Pennsylvania, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; Unison Health Plan of Ohio, Inc.; Unison Health Plan of Pennsylvania, Inc.; Unison Health Plan of South Carolina, Inc.; Unison Health Plan of Tennessee, Inc.; Unison Health Plan of the Capital Area, Inc.; United Behavioral Health; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Insurance Company of Ohio; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.;

Copyright 2009 United HealthCare Services, Inc.

1

- 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.

We have the right to change our privacy practices. If we change them, we will mail a notice within 60 days. We will post the new notice on our website [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com). We have the right to make changes apply to HI that we have and future information.

### **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:

- **To Pay** premiums, determine coverage, and process claims. This also may include coordinating benefits. For example, we may tell a doctor you have coverage. We may tell a doctor 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 as of February 17, 2010.
- **For Plan Sponsors.** We may give enrollment 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 Reminders** on benefits or care. Such as appointment reminders.

**We may** use or share your HI as follows:

- **As Stated by Law.**

---

UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; United HealthCare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; United HealthCare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of 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 York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Tennessee, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; United HealthCare of Utah; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

Copyright 2009 United HealthCare Services, Inc.

2

- **To Persons Involved With Your Care.** This may be to a family member. This may happen if you are unable to agree or object. Such as in 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.
- **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.** Such as to answer a court order or subpoena.
- **For Law Enforcement.** Such as 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. Such as 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.** Such as to study disease or disability, as allowed by law.
- **To Give Information on Decedents.** This may be to a coroner or medical examiner. Such as 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, bank 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 per our contract with them. As of February 17, 2010, our associates will be subject to federal privacy laws.
- **To Notify of a Data Breach.** To give notice of unauthorized access to your HI. We may send notice to you or to your plan sponsor.
- **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 and reproductive health
  6. Child or adult abuse or neglect or sexual assault

If stricter laws apply, we try to meet those laws. Attached is a Summary of Federal and State Laws.

Except as stated in this notice, we use your HI only with your written consent. 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 the back of 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 a provider not to send HI** to us if you paid for the care in full.
- **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 HI that we use to make decisions about you. You must ask in writing. Mail it to the address below. 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. As of February 17, 2010, if we keep an electronic record, you may ask for an electronic copy to be sent to you or a third party. We may charge a fee for this.
- **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) Prior to April 14, 2003. (ii) For treatment, payment, and health care operations. (iii) With you or with your consent. (iv) With correctional institutions or law enforcement. This will not list disclosures if federal law does not make us keep track of them.
- **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.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

## Using Your Rights

- **To Contact your Health Plan.** Call the phone number on the back of your ID card. Or you may contact the UnitedHealth Group Call Center at 1-866-799-1328.
- **To Submit a Written Request.** Mail to:

UnitedHealth Group  
PSMG 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.

## **FINANCIAL INFORMATION PRIVACY NOTICE**

**THIS NOTICE SAYS HOW YOUR FINANCIAL INFORMATION MAY BE USED AND SHARED. IT SAYS HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. REVIEW IT CAREFULLY.**

Effective January 1, 2010

We<sup>2</sup> protect your “personal financial information” (“FI”). This means non-health information about an enrollee or an applicant obtained to provide coverage. It is information that identifies the person and is 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 enrollees or former enrollees, 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.

---

<sup>2</sup> For purposes of this Financial Information Privacy Notice, “we” or “us” refers to the entities listed in footnote 1, beginning on the first page of the Health Plan Notices of Privacy Practices, plus the following UnitedHealthcare affiliates: ACN Group IPA of New York, Inc.; ACN Group, Inc.; Administration Resources Corporation; AmeriChoice Health Services, Inc.; Behavioral Health Administrators; Behavioral Healthcare Options, Inc.; DBP Services of New York IPA, Inc.; DCG Resource Options, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; Disability Consulting Group, LLC; HealthAllies, Inc.; Innoviant, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Mid Atlantic Medical Services, LLC; Midwest Security Care, Inc.; National Benefit Resources, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Bank, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; PacifiCare Health Plan Administrators, Inc.; PacificDental Benefits, Inc.; ProcessWorks, Inc.; RxSolutions, Inc.; Sierra Health-Care Options, Inc.; Sierra Nevada Administrators, Inc.; Spectera of New York, IPA, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; United Healthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc.

## **Confidentiality and Security**

We limit access to your FI to our employees and providers who manage your coverage and provide services. We have physical, electronic and procedural safeguards per federal standards to guard your FI. We do regular audits to ensure secure handling.

## **Your Right to Access and Correct FI**

In some States<sup>3</sup>, you may have a right to ask for access to your FI. You can ask:

- For the source of the FI.
- For a list of disclosures made in the two years before your request.
- To view and copy your FI in person.
- For a copy to be sent. (We may charge a fee.)
- For corrections, amendments or deletions.

Follow these directions:

To access your FI: Send a request in writing with your name, address, social security number, phone, and the FI you want to access. State if you want access in person or a copy sent. When we get your request, we will contact you within 30 business days.

To correct, amend, or delete any of your FI: Send a request in writing with your name, address, social security number, phone, the FI in dispute, and the identity of the document or record. Upon receipt of your request, we will contact you within 30 business days. We will tell you if we have made the correction, amendment or deletion. Or we will tell you we refuse to do so and the reasons why. You may challenge this.

### **Send requests:**

United Healthcare  
Customer Service – Privacy Unit  
PO Box 740815  
Atlanta, GA 30374-0815

---

<sup>3</sup> California and Massachusetts.

## **INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD ACERCA DE LAS PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD**

COMUNICADO ACERCA DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: Páginas 1 - 5.

COMUNICADO ACERCA DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA: Páginas 6 - 7.

### **COMUNICADO ACERCA DE LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

**SE EXPLICA COMO SU INFORMACIÓN PERSONAL MÉDICA PUEDE USARSE Y COMPARTIRSE. EXPLICA COMO USTED PUEDE GANAR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

Efectivo desde el 1o. de enero de 2010

La ley indica que nosotros<sup>1</sup> debemos proteger la privacidad de la información acerca de su salud (abreviado de aquí en adelante como “HI” por sus siglas en inglés). Nosotros estamos obligados a enviarle esta nota. Esta nota le informa acerca de lo siguiente:

---

<sup>1</sup> Este comunicado acerca de las Prácticas de la Privacidad de la Información Médica es aplicable a los siguientes planes de salud que están afiliados con UnitedHealth Group: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Insurance Company of California; American Medical Security Life Insurance Company; AmeriChoice of Connecticut, Inc.; AmeriChoice of Georgia, Inc.; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; AmeriChoice of Pennsylvania, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Arnett HMO, Inc.; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Evercare of Arizona, Inc.; Evercare of New Mexico, Inc.; Evercare of Texas, LLC; Golden Rule Insurance Company; Great Lakes Health Plan, Inc.; Health Plan of Nevada, Inc.; IBA Health and Life Assurance Company; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD - Individual Practice Association, Inc.; Midwest Security Life Insurance Company; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; Pacific Union Dental, Inc.; PacifiCare Behavioral Health of California, Inc.; PacifiCare Behavioral Health, Inc.; PacifiCare Dental; PacifiCare Dental of Colorado, Inc.; PacifiCare Insurance Company; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of California; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; PacifiCare of Oklahoma, Inc.; PacifiCare of Oregon, Inc.; PacifiCare of Texas, Inc.; PacifiCare of Washington, Inc.; Sierra Health & Life Insurance Co., Inc.; Spectera, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Family Health Plan of Pennsylvania, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; Unison Health Plan of Ohio, Inc.; Unison Health Plan of Pennsylvania, Inc.; Unison Health Plan of South Carolina, Inc.; Unison Health Plan of Tennessee, Inc.; Unison Health Plan of the Capital Area, Inc.; United Behavioral Health; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Insurance Company of Ohio; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; United HealthCare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; United HealthCare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of 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 York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of

Copyright 2009 United HealthCare Services, Inc.

1

- Como podemos usar su HI.
- Cuando podemos compartir su HI con otras personas.
- Que derechos tiene sobre su propio HI.

Nosotros debemos obedecer los términos de este comunicado por decreto de ley.

“Información acerca de la Salud” (o HI) en este comunicado significa que es información que puede ser empleada para identificarlo y es información que se refiere a su salud o a los cuidados acerca de su salud.

Nosotros tenemos el derecho de cambiar las políticas acerca de las prácticas de la privacidad. Si hacemos cambios, le mandaremos notificación por escrito dentro de los primeros 60 días. Nosotros publicaremos los cambios en nuestro sitio de la RED [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com). Nosotros tenemos el derecho de hacer estos cambios en HI y aplicarlos a la presente y futura información.

### **Como empleamos o compartimos la información**

**Nosotros debemos** usar y compartir su HI si se solicita por:

- Usted o su representante legal.
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para asegurar que su privacidad está protegida.

**Nosotros tenemos el derecho** de usar y compartir HI. Esto debe hacerse si la información está relacionada con su tratamiento, con el pago de los cuidados y para poder llevar a cabo nuestras operaciones. Por ejemplo, nosotros debemos usar y compartir la información:

- **Para pagar** primas, para determinar la cobertura y para procesar las demandas. Esto también puede incluir la coordinación de los beneficios. Por ejemplo, nosotros podemos tener que decirle a un doctor que usted tiene cobertura. Nosotros podemos tener que decirle al doctor cuanto del total de la cuenta médica será pagado.
- **Para el tratamiento** o la administración de cuidados. Por ejemplo, nosotros tendremos que compartir su HI con los proveedores de salud para ayudarles a que le proporcionen los cuidados de salud.
- **Para las operaciones de los cuidados de salud** relacionadas con sus cuidados. Por ejemplo, nosotros podemos sugerir cierto manejo para una enfermedad o para un programa de mejoría de la salud. Nosotros podemos estudiar la información para aprender como podemos dar un mejor servicio.
- **Para decirle acerca de los programas de salud o de productos.** Esto puede ser acerca de otros tratamientos, productos y/o servicios. Estas actividades pueden que se limiten por ley desde el 17 de febrero de 2010.
- **Para los patrocinadores del plan.** Nosotros podemos darle información de su inscripción y un resumen de su HI a un empleador que sea patrocinador del plan. Nosotros podemos darles otras HI si ellos están de acuerdo en limitar el uso según lo dicta la ley federal.

---

Tennessee, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; United HealthCare of Utah; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

Copyright 2009 United HealthCare Services, Inc.

2



- **Para recordatorios** de beneficios o cuidados. Tales como recordatorios de citas.

Nosotros podemos usar o compartir su HI como sigue:

- **Como se especifica en la ley.**
- **Con personas relacionadas con sus cuidados.** Esto puede ser con un miembro de su familia. Esto es necesario si llega el caso en que usted no pueda estar de acuerdo o tenga objeciones al caso. Situaciones como por ejemplo en emergencias o cuando usted está de acuerdo o cuando no presenta objeciones. Si usted no puede tomar una decisión, nosotros escogeremos la mejor opción.
- **En actividades relacionadas a la salud pública.** Esto es para prevenir brotes de enfermedades contagiosas.
- **En casos en que sea necesario reportar abusos, negligencias o violencia doméstica.** Nosotros solo divulgaremos la información a otras entidades que puedan obtener su HI legalmente. Entidades como agencias de servicios sociales o de protección.
- **Por actividades de monitoreo de salud** para agencias autorizadas por la ley para obtener información de HI. Esto puede ser por motivos de licenciamiento, auditorias, fraude y por investigaciones de abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Tales como citatorios a la corte u órdenes de un juez.
- **Para aplicación de la ley por autoridades competentes,** tales como casos de personas extraviadas o reportes de crímenes.
- **Por amenazas a la salud o a la seguridad.** Esto puede ser para agencias de la salud pública o para las autoridades competentes, en casos como emergencias o desastres.
- **Para operaciones gubernamentales.** Esto puede ser para el uso por las fuerzas armadas o los veteranos, en casos de seguridad nacional o servicios de protección.
- **Para la Compensación a los Trabajadores.** En el cumplimiento de las leyes laborales.
- **Para la investigación.** Para aquellos casos de investigación de la enfermedad o la discapacidad, tal y como lo permita la ley.
- **Para proveer información acerca de los miembros fallecidos.** A personas que pueden ser médicos forenses o personal funerario. Sus usos son para la identificación de la persona fallecida, la causa de muerte o en casos que la ley lo estipule. Nosotros podemos darle la información HI a los directores de casas funerarias.
- **Para el trasplante de órganos.** Para ayudar en conseguir, almacenar o transplantar órganos, ojos u otros tejidos.
- **Para las instituciones correccionales o autoridades competentes.** Para personas que se encuentren detenidas: (1) Para darles cuidados de salud. (2) Para proteger a su salud y a la salud de otros. (3) Por razones de seguridad de la institución.
- **A nuestros socios de negocios** para poder darle servicios si usted los necesita. Nuestros asociados han estado de acuerdo en proteger su HI. Ellos no tienen autorización para usar su HI solamente con lo estipulado en el contrato que tenemos con ellos. A partir del 17 de febrero de 2010 nuestros asociados estarán sujetos a las leyes federales de la privacidad.

- **Para dar aviso de una violación de su información.** Para notificar que se ha usado su información HI sin autorización. Nosotros le notificaremos de inmediato a usted o al patrocinador de su plan.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar el uso y la divulgación de información altamente confidencial en su HI. Esto incluye leyes estatales relacionadas a:
  1. VIH/SIDA
  2. Salud mental
  3. Pruebas genéticas
  4. Abuso de alcohol y drogas
  5. Enfermedades sexualmente transmisibles e información de la salud del tracto reproductivo.
  6. Abuso y negligencia de menores y de adultos o asalto sexual.

Si se aplican leyes más severas, nosotros tratamos de cumplirlas. Se incluye con este un resumen de las leyes federales y estatales.

Con las excepciones mencionadas en este comunicado, nosotros solamente usamos su HI con su autorización por escrito con la cual nos da su consentimiento para su uso. Si usted nos da consentimiento para divulgar su HI, no podemos garantizarle que la persona que lo reciba no lo divulgue a otras personas. Usted puede retirar su consentimiento, a menos de que éste ya haya sido puesto en práctica. Para aprender como hacerlo, llame por favor al número anotado en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

### **Sus Derechos:**

Usted tiene derecho a:

- **Pedirnos limitar el uso o la divulgación.** Usted puede solicitar que nosotros limitemos la divulgación con los miembros de su familia y con cualquier otra persona que sea parte del personal que le administra sus cuidados o que estén relacionadas con los pagos del mismo. Nosotros podemos permitir a sus dependientes que fijen los límites. **Nosotros trataremos de respetar su petición, pero no estamos obligados a hacerlo.**
- **Pedirle a un proveedor que no nos mande su HI** si usted ha pagado por el total de sus cuidados.
- **De pedir que las comunicaciones confidenciales** se tramiten en forma o en un sitio diferentes. (Por ejemplo, envío de correspondencia a un apartado postal en lugar de su domicilio.) Nosotros estaremos de acuerdo con su petición si el conocimiento de esta información en otras personas puede representar un riesgo para usted. Nosotros podemos tomar esas peticiones verbalmente. Usted puede cambiar esas peticiones. Esto debe hacerse por escrito a la dirección abajo mencionada.
- **Usted tiene el derecho de ver o de obtener una copia de su HI,** con la cual nosotros llevamos a cabo las decisiones acerca de su caso. Usted debe solicitarla por escrito. Envíe la petición por correo a la dirección abajo mencionada. Nosotros le remitiremos un resumen. Es posible que haya un cargo por las copias. Es posible que se le niegue esta petición. Si se le niega, usted puede solicitar que haya una revisión de esta decisión. A partir del 17 de febrero de 2010, si tenemos una copia electrónica de su expediente, usted

puede solicitar que se le mande copia a usted o a cualquier otra persona interesada. Puede haber un cargo por este servicio.

- **De pedir una enmienda.** Si usted piensa que su HI es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que se cambie. Esto debe hacerse por escrito. Usted debe exponer las razones para el cambio. Mande por correo esta petición a la dirección abajo indicada. Si nosotros le negamos el cambio, usted puede incluir en su HI su inconformidad con el HI anotado.
- **De solicitar el contenido de su HI** que ha sido divulgada por los pasados seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluye cualquier HI compartida: (i) Antes del 14 de abril de 2003. (ii) Por operaciones acerca de tratamientos, pagos y actividades de cuidados para la salud. (iii) Con usted o con su consentimiento. (iv) Con instituciones correccionales o con autoridades competentes. No habrá ninguna divulgación si no lo ordena así la ley federal.
- **A obtener una copia impresa de esta comunicación.** Usted puede pedir una copia en cualquier momento que lo desee. Aun si usted está de acuerdo en recibir una copia electrónica, usted tiene derecho a tener una copia impresa de esta comunicación. Usted también puede obtener una copia en nuestro sitio en la RED, [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

### **Ejerciendo sus Derechos**

- **Para ponerse en contacto con su Plan de Salud. Llame al número anotado al reverso de su tarjeta de identificación.** También, usted puede ponerse en contacto con el grupo de UnitedHealth llamando al centro de llamadas 866-799-1328.
- **Para presentar una petición por escrito.** Envíela por correo a:

UnitedHealth Group  
PSMG Privacy Office  
MN006-W800  
P.O. Box 1459  
Minneapolis, MN 55440

- **Para presentar una queja.** Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja a la dirección arriba mencionada.

**Usted también puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.** Nosotros no tomaremos ninguna represalia en su contra si usted presenta una queja.

## COMUNICACIÓN ACERCA DE LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

**ESTA COMUNICACIÓN EXPLICA COMO SU INFORMACIÓN FINANCIERA PUEDE SER EMPLEADA Y COMPARTIDA. EXPLICA COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

•  
Efectiva desde el 1o. de enero de 2010

Nosotros <sup>2</sup> protegemos su “información financiera” (“FI” por sus siglas en inglés). Esto incluye a toda información que no esté relacionada con la salud de un suscriptor o contenida en una solicitud para obtener cobertura. Es información que identifica a la persona y que no es del dominio público.

### Información que nosotros obtenemos

Nosotros obtenemos FI acerca de usted de:

- Solicitudes o formas. Esto puede ser: su nombre, dirección, edad, y número de seguro social.
- Sus transacciones con nosotros o con otras entidades. Esto pueden ser datos acerca del pago de sus primas.

### Compartiendo su FI

Nosotros no compartimos FI de nuestros suscriptores presentes o pasados, excepto cuando es requerido o permitido por la ley.

Nosotros podemos compartir esta información con entidades afiliadas sin tener el consentimiento de nuestros suscriptores, en caso de que esto sea necesario para darle curso a

---

<sup>2</sup> Para los propósitos de la comunicación acerca de la Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” se refiere a las entidades anotadas en el pie de página número 1 en la primera página de la comunicación de las Prácticas de la Privacidad de UnitedHealth y de sus afiliados anotados a continuación: ACN Group IPA of New York, Inc.; ACN Group, Inc.; Administration Resources Corporation; AmeriChoice Health Services, Inc.; Behavioral Health Administrators; Behavioral Healthcare Options, Inc.; DBP Services of New York IPA, Inc.; DCG Resource Options, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; Disability Consulting Group, LLC; HealthAllies, Inc.; Innoviant, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Mid Atlantic Medical Services, LLC; Midwest Security Care, Inc.; National Benefit Resources, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Bank, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; PacifiCare Health Plan Administrators, Inc.; PacificDental Benefits, Inc.; ProcessWorks, Inc.; RxSolutions, Inc.; Sierra Health-Care Options, Inc.; Sierra Nevada Administrators, Inc.; Spectera of New York, IPA, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; United Healthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc.

nuestras operaciones. Esto es para poder informar acerca de sus transacciones, tales como el pago de las primas.

### **Confidencialidad y seguridad**

El acceso a su FI está limitado solamente a nuestros empleados y proveedores quienes manejan su cobertura y le proveen con servicios. Nosotros tenemos salvaguardas físicas, electrónicas y procedimientos de seguridad establecidos por los estándares federales para resguardar su FI. Nosotros llevamos a cabo inspecciones periódicas para asegurar el manejo seguro de la información.

### **Su derecho al acceso y oportunidad de corrección de su FI**

En algunos estados<sup>3</sup>, usted puede solicitar el derecho de tener acceso a su FI. Usted puede pedir:

- La fuente de origen de su FI.
- Una lista de las divulgaciones que se han hecho hasta por dos años antes de su solicitud.
- Ver y copiar su FI en persona.
- Pedir que se le envíe una copia (pueden haber cargos por este servicio)
- Que se hagan correcciones, enmiendas o supresiones.

Siga estas instrucciones:

Para tener acceso a su FI: Envíe una solicitud por escrito con su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono y el nombre de la FI a la cual usted quiere tener acceso. Especifique si usted quiere que se le envíe una copia o si usted quiere tener acceso personalmente. Después de recibir su solicitud nosotros nos comunicaremos con usted dentro de los primeros 30 días hábiles.

Para corregir, enmendar o borrar información en su FI: Envíe una solicitud por escrito con su nombre, dirección, número de seguro social, teléfono, datos de la FI en disputa y la identificación del documento o record. Después de recibir su solicitud, nosotros nos comunicaremos con usted dentro de los primeros 30 días hábiles. Le avisaremos si hemos llevado a cabo las correcciones, enmiendas o borraduras, o le diremos porque no aceptamos hacerlas y las razones por nuestra decisión. Usted puede presentar una protesta.

### **Envíe sus solicitudes a:**

United Healthcare  
Customer Service – Privacy Unit  
PO Box 740815  
Atlanta, GA 30374-0815

---

<sup>3</sup> California and Massachusetts.