



Privacy

Privacy
undisturbed or alone a re
anonymity, the wish to r
protect their privacy in t
or unidentifie

2015

NOTIFICACIONES DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LOS PLANES DE SALUD

Esta notificación dice cómo puede ser usada y compartida la información médica sobre usted. Dice cómo usted puede tener acceso a esta información. Léala cuidadosamente.

Vigente a partir del 1 de enero de 2015

Por ley, nosotros¹ debemos proteger la privacidad de su información de salud ("IS"). Debemos enviarle esta notificación, que le informa:

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

Por ley, debemos acatar los términos de esta notificación.

"Información de salud" (o IS) en esta notificación significa información que puede ser usada para identificarle. Y debe relacionarse con su salud o los servicios de atención de su salud. Nosotros tenemos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si las cambiamos, en nuestro siguiente correo anual, le enviaremos una notificación ya sea por correo postal o por correo electrónico, si la ley lo permite. Publicaremos la nueva notificación en el sitio web de su plan de salud myuhc.com/CommunityPlan. Tenemos el derecho de hacer que la notificación cambiada aplique para la IS que tengamos actualmente y para información futura. Acataremos la ley y le notificaremos en caso de una violación de su IS.

Recolectamos y conservamos su IS para poder operar nuestro negocio. La IS puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a todos los tipos de su IS a nuestros empleados y proveedores de servicios que administran su cobertura y prestan servicios. Tenemos salvaguardas físicas, electrónicas y procedimentales según las normas federales para proteger su IS.

continúa en la página 2

CÓMO USAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN

Debemos usar y compartir su IS si nos es solicitada por:

- Usted o su representante legal.
- El secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para asegurarse de que su privacidad esté protegida.

Tenemos el derecho de usar y compartir IS. Esto debe ser para su tratamiento, para pagar por la atención y para operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos usarla y compartirla:

- **PARA PAGOS.** Esto también puede incluir la coordinación de beneficios. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si usted es elegible para cobertura y qué parte de la cuenta puede estar cubierta.
- **PARA TRATAMIENTO O PARA ADMINISTRAR LA ATENCIÓN.** Por ejemplo, podemos compartir su IS con proveedores para ayudarles a atenderle.
- **PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN QUE LE PRESTAMOS.** Por ejemplo, podemos sugerir un programa para manejo de enfermedades o uno de bienestar. Podemos estudiar datos para ver cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- **PARA INFORMARLE SOBRE PROGRAMAS O PRODUCTOS DE SALUD.** Esto puede ser otros tratamientos o productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por ley.
- **PARA PATROCINADORES DE PLANES.** Podemos darle IS de afiliación, desafiliación y de resumen al patrocinador del plan de un empleador. Podemos darles otra IS si ellos acuerdan limitar su uso de conformidad con la ley federal.
- **PARA FINES DE EVALUACIÓN ACTUARIAL.** Podemos usar su IS para tomar decisiones sobre evaluación actuarial pero no usaremos su IS genética para fines de estas evaluaciones actuariales.
- **PARA RECORDATORIOS** sobre beneficios o atención, tal como recordatorios de citas.

Podemos usar o compartir de IS como se indica a continuación:

- **SEGÚN LO REQUERIDO POR LEY.**
- **A PERSONAS INVOLUCRADAS CON SU ATENCIÓN.** Esto puede ser con un miembro de la familia. Esto puede suceder si usted no está en capacidad de dar su consentimiento o de oponerse. Entre los ejemplos están una emergencia o cuando usted está de acuerdo o no objeto cuando se le pregunta. Si usted no está en capacidad de objetar, usaremos nuestro mejor criterio. Aplican reglas especiales sobre cuándo podemos compartir la IS de personas que han fallecido.
- **PARA ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA.** Esto puede ser para prevenir brotes de enfermedades.
- **PARA REPORTAR ABUSO, NEGLIGENCIA O VIOLENCIA DOMÉSTICA.** Únicamente podemos compartirla con entidades permitidas por ley para recibir esta IS. Estas pueden ser una agencia social o de servicios de protección.
- **PARA ACTIVIDADES DE VIGILANCIA DE SALUD** a una agencia permitida por ley para recibir la IS. Esto puede ser para la obtención de licencias, para auditorías y para investigaciones de fraude y abuso.
- **PARA PROCEDIMIENTOS JUDICIALES O ADMINISTRATIVOS.** Para responder a una orden o citación de un tribunal.
- **PARA LA POLICÍA.** Para encontrar una persona desaparecida o para reportar un crimen.
- **POR AMENAZAS A LA SALUD O LA SEGURIDAD.** Esto puede ser a agencias de salud pública o a las autoridades legales y de policía. Un ejemplo es en caso de una emergencia o desastre.
- **PARA FUNCIONES DEL GOBIERNO.** Esto puede ser para usos militares y de veteranos, seguridad nacional o los servicios de protección.
- **PARA INDEMNIZACIONES LABORALES.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **PARA INVESTIGACIÓN.** Para estudiar enfermedades o discapacidades, según lo permita la ley.

- **PARA DAR INFORMACIÓN SOBRE DIFUNTOS.** Esto puede ser a un médico forense o examinador médico. Para identificar al difunto, encontrar una causa de la muerte o según lo indique la ley. Podemos dar IS a directores de funerarias.
- **PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS.** Para ayudar a conseguir, almacenar o trasplantar órganos, ojos o tejidos.
- **A INSTITUCIONES CORRECCIONALES O A LA POLICÍA.** Para personas en custodia: (1) Para prestarles atención de salud; (2) Para proteger su salud y la salud de los demás; (3) Para la seguridad de la institución.
- **A NUESTROS ASOCIADOS COMERCIALES** si es necesario para prestarles servicios. Nuestros asociados acuerdan proteger su IS. No les está permitido usar la IS de manera diferente a la establecida en nuestros contratos con ellos.
- **OTRAS RESTRICCIONES.** Las leyes federales y estatales pueden limitar usar y compartir la IS altamente confidencial. Esto puede incluir 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 desatención infantil o de adultos, o agresiones sexuales

Si aplican leyes más estrictas, procuramos acatar esas leyes. Consulte la página 5 para el documento “Enmiendas federales y estatales”.

Exceptuando lo indicado en esta notificación, usamos su IS únicamente con su consentimiento por escrito. Esto incluye obtener su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, para vender su IS a otras personas, o para usar su IS en ciertos correos promocionales. Si usted nos permite compartir su IS, no prometemos que la persona que la reciba no la compartirá. Usted puede revocar su consentimiento, a no ser que hayamos actuado basados en el mismo. Para averiguar cómo hacerlo, llame al número de teléfono indicado en su tarjeta de identificación.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- **PEDIRNOS QUE LIMITEMOS** el uso o el compartir su IS para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. Usted puede pedir que se limite compartirla con miembros de la familia u otros involucrados en su atención o en el pago de la misma. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de acatar su solicitud, pero no estamos obligados a hacerlo.**
- **PEDIR RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES** de una manera o en un lugar diferente. (Por ejemplo, en un apartado postal en lugar de su casa). Estaremos de acuerdo con su solicitud cuando una divulgación pudiese ponerle en peligro. Recibimos solicitudes verbales. Usted puede cambiar su solicitud. Esto debe hacerse por escrito. Envíe su solicitud a la dirección que aparece en el cuadro de la derecha.
- **VER U OBTENER UNA COPIA** de cierta IS que usamos para tomar decisiones sobre usted. Debe solicitarlo por escrito. Envíe su solicitud por escrito a la dirección que aparece en el cuadro de la derecha. Si conservamos estos registros en forma electrónica, usted tendrá derecho a pedir que le sea enviada una copia electrónica. Usted puede pedir que su registro sea enviado a un tercero. Podemos enviarle un resumen a usted. Podemos cobrar por las copias. Podemos rechazar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, usted puede pedir revisión del rechazo de su solicitud.
- **PEDIR QUE SE ENMIENDE.** Si usted cree que su IS está errada o incompleta,

puede pedir que se cambie. Debe solicitarlo por escrito e indicar los motivos del cambio. Envíe esta solicitud a la dirección que aparece en el cuadro de la derecha. Si rechazamos su solicitud, usted puede agregar su desacuerdo a su IS.

- **OBTENER UNA RELACIÓN** de la IS compartida en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna IS compartida:
 - (i) Para tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud;
 - (ii) Con usted o con su consentimiento;
 - (iii) Con instituciones correccionales o la policía. Esta relación no incluirá las divulgaciones que la ley federal no nos exige rastrear.
- **OBTENER UNA COPIA IMPRESA DE ESTA NOTIFICACIÓN.** Usted puede pedir una copia en cualquier momento. Incluso si acordó recibir esta notificación electrónicamente, tiene derecho a una copia impresa. También puede obtener una copia en nuestro sitio web, myuhc.com/CommunityPlan.

CÓMO HACER USO DE SUS DERECHOS

- **PARA PONERSE EN CONTACTO CON SU PLAN DE SALUD:** Llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación. O bien, puede llamar al Centro de llamadas de UnitedHealth Group al **1-800-318-8821** o **TTY 711**.
- **PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD POR ESCRITO:** Envíela por correo postal a:
UnitedHealthcare Government Programs Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **PARA PRESENTAR UNA QUEJA:** Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección indicada arriba. Usted también puede notificar al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Nosotros no adoptaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹ Esta Notificación de Prácticas de Privacidad de la Información Médica aplica para los siguientes planes de salud que están afiliados con el 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.

Aviso de privacidad sobre la información financiera

Esta notificación dice cómo puede ser usada y compartida su información financiera. Dice cómo usted puede tener acceso a esta información. Revísela cuidadosamente.

Vigente a partir del 1 de enero de 2015

Nosotros² protegemos su “información financiera personal” (“IF”). Esto significa información que no es de salud sobre alguien con cobertura de atención de la salud o sobre alguien que esté solicitando cobertura. Es información que identifica a la persona y generalmente no es pública.

INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS

Nosotros obtenemos IF sobre usted de:

- **SOLICITUDES O FORMULARIOS.** Pueden incluir el nombre, la dirección, la edad y el número del Seguro Social.
- **LAS TRANSACCIONES** que realiza con nosotros u otras personas. Pueden ser los datos de pago de las primas.

DIVULGACIÓN DE LA IF

Nosotros no compartimos IF sobre nuestros miembros o ex miembros, salvo por lo requerido o permitido por ley. Para operar nuestro negocio, podemos compartir IF sin su consentimiento a nuestras filiales. Esto es para informarles sobre sus transacciones, tales como pagos de primas.

- **CON NUESTRAS FILIALES CORPORATIVAS**, que incluyen proveedores de servicios financieros, tales como otras aseguradoras, y compañías no financieras, tales como procesadoras de datos;
- **CON OTRAS COMPAÑÍAS PARA NUESTROS FINES COMERCIALES COTIDIANOS**, tales como para procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s), o responder a órdenes de tribunales e investigaciones legales; y
- **CON OTRAS COMPAÑÍAS QUE NOS PRESTAN SERVICIOS**, incluyendo el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD

Limitamos el acceso a su IF a nuestros empleados y proveedores de servicios que administran su cobertura y prestan servicios. Tenemos salvaguardas físicas, electrónicas y procedimentales para proteger su IF de conformidad con las normas federales.

PREGUNTAS SOBRE ESTA NOTIFICACIÓN

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, sírvase llamar al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación, o comuníquese al Centro de llamadas de UnitedHealth Group al **1-800-318-8821** o **TTY 711**.



² Para efectos de esta Notificación de Privacidad de Información Financiera, “nosotros”, “nos” o el sufijo “mos” hacen referencia a las entidades enumeradas en la nota al pie de página número 1, a partir de la primera página de las Notificaciones de Prácticas de Privacidad de Planes de Salud, más las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; HealthAllies, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; Optum-Health 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 L.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 Notificación de Privacidad de Información Financiera aplica únicamente donde sea requerido por ley. Específicamente, no aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud del UnitedHealth Group en estados que establecen excepciones para las entidades o productos de seguros de salud cubiertos por la HIPAA.

ENMIENDAS FEDERALES Y ESTATALES

Notificación de prácticas de privacidad del plan de salud de UnitedHealth Group

Revisada: 1 de enero de 2015

La primera parte de esta Notificación (páginas 1–4) dice cómo podemos usar y compartir su información de salud (“IS”) bajo las reglas de privacidad federales. Otras leyes pueden limitar estos derechos. Los cuadros que aparecen a continuación:

1. Muestran las categorías sujetas a leyes más estrictas.
2. Le dan un resumen sobre cuándo podemos usar y compartir su IS sin su consentimiento.

Su consentimiento por escrito, si es necesario, debe cumplir con las reglas de la ley federal o estatal que apliquen.

RESUMEN DE LAS LEYES FEDERALES

Información sobre abuso de alcohol y drogas

Nos está permitido usar y divulgar información sobre abuso de alcohol y drogas que está protegida por ley federal únicamente (1) en ciertas circunstancias limitadas, y/o divulgarla únicamente (2) a destinatarios específicos.

Información genética

No nos está permitido usar información genética para efectos de evaluaciones actuariales.

RESUMEN DE LEYES ESTATALES

Información de salud general

Nos está permitido divulgar información de salud general únicamente (1) bajo ciertas circunstancias limitadas, y/o (2) a destinatarios específicos.	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
---	----------------------------

Las HMO deben darle la oportunidad a sus inscritos para que aprueben o rechacen las divulgaciones, sujeto a ciertas excepciones.	KY
--	----

Usted puede restringir ciertas divulgaciones electrónicas de información de salud.	NC, NV
--	--------

No nos está permitido usar información de salud para ciertos fines.	CA, IA
---	--------

No usaremos ni divulgaremos información sobre ciertos programas de asistencia pública salvo para ciertos fines.	KY, MO, NJ, SD
---	----------------

Debemos cumplir con restricciones adicionales antes de usar o compartir su información de salud para ciertos fines.	KS
---	----

Recetas médicas

Nos está permitido divulgar información relacionada con recetas médicas únicamente (1) bajo ciertas circunstancias limitadas, y/o (2) a destinatarios específicos.	ID, NH, NV
--	------------

Enfermedades contagiosas

Nos está permitido divulgar información sobre enfermedades contagiosas únicamente (1) bajo ciertas circunstancias limitadas, y/o (2) a destinatarios específicos.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
---	------------------------

Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva

Nos está permitido divulgar información sobre enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva únicamente (1) bajo ciertas circunstancias limitadas, y/o (2) a destinatarios específicos.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
--	--

Abuso de alcohol y drogas

Nos está permitido divulgar información sobre abuso de alcohol y de drogas únicamente (1) bajo ciertas circunstancias limitadas, y/o divulgarla (2) a destinatarios específicos.	AR, CT, GA, IL, IN, IA, KY, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
--	--

Las divulgaciones de información sobre abuso de alcohol y de drogas pueden ser restringidas por la persona a quien se refiere la información.	WA
---	----

(Continúa en la página siguiente)

RESUMEN DE LEYES ESTATALES (Continuación de la página anterior)

Información genética	
No tenemos permitido divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.	CA, CO, IL, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
Se nos permite compartir información genética solamente (1) en ciertas circunstancias limitadas y/o (2) con destinatarios específicos.	AK, AZ, FL, GA, IA, MD, MA, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Aplican restricciones para (1) el uso, y/o (2) la retención de información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT
VIH/SIDA	
Nos está permitido divulgar información relacionada con el VIH/SIDA únicamente (1) bajo ciertas circunstancias limitadas, y/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
Aplican ciertas restricciones para la divulgación verbal de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
Recopilaremos cierta información relacionada con el VIH/SIDA únicamente con su consentimiento por escrito.	OR
Salud mental	
Nos está permitido divulgar información sobre salud mental únicamente (1) bajo ciertas circunstancias limitadas, y/o (2) a destinatarios específicos.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
Las divulgaciones pueden ser restringidas por la persona a quien se refiere la información.	WA
Aplican ciertas restricciones para la divulgación verbal de información sobre salud mental.	CT
Aplican ciertas restricciones para el uso de información sobre salud mental.	ME
Abuso infantil o de adultos	
Nos está permitido usar y divulgar información sobre abuso infantil y/o de adultos únicamente (1) bajo ciertas circunstancias limitadas, y/o divulgarla únicamente (2) a destinatarios específicos.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI