

# AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso para información médica: Páginas 3 - 6.

Aviso para información financiera: de la página 7.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

## Servicios de asistencia lingüística

Proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos para ayudarnos a comunicarnos con nosotros. Ofrecemos intérpretes, cartas en otros idiomas y cartas en otros formatos, como letra grande. Para obtener ayuda, llame al **1-866-633-2446** o al número de teléfono gratuito para socios que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud (TTY/RTT 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00. POR EJEMPLO,

**ATENCIÓN:** Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-866-633-2446.

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：1-866-633-2446。

**XIN LUU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi 1-866-633-2446.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-633-2446 번으로 전화하십시오.

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Mangyaring tumawag sa 1-866-633-2446.

**ВНИМАНИЕ:** бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **Русский (Russian)**. Позвоните по номеру 1-866-633-2446.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال بـ 1-866-633-2446.

**ATANSYON:** Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nan 1-866-633-2446.

**ATTENTION :** Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le 1-866-633-2446.

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod numer 1-866-633-2446.

**ATENÇÃO:** Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para 1-866-633-2446.

**ATTENZIONE:** in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di chiamare il numero 1-866-633-2446.

**ACHTUNG:** Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-633-2446 an.



注意事項：日本語 (Japanese) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。1-866-633-2446 にお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (Farsi) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد.  
1-866-633-2446 تماس بگیرید.

कृपा ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) भाषी हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपा पर काल करें 1-866-633-2446

CEEBOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau 1-866-633-2446.

ចំណាច់អង្គការ: ចំណាច់អង្គការ **Khmer** អាចផ្តល់ការប្រយោជន៍ឥតគិតថ្លៃ ក្នុងការប្រើប្រាស់លេខ 1-866-633-2446។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan iti 1-866-633-2446.

DÍI BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilt'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shoodí kohjí' 1-866-633-2446 hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaaad heli kartaa. Fadlan wac 1-866-633-2446.

ΠΡΟΣΟΧΗ : Αν μιλάτε **Ελληνικά (Greek)**, υπάρχει δωρεάν βοήθεια στη γλώσσα σας, Παρακαλείστε να καλέσετε 1-866-633-2446.

ध्यान आपो: જો તમે ગુજરાતી (Gujarati) બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય મદદરૂપ સેવા વિના મૂલ્યે પ્રાપ્ય છે.

કૃપા કરી 1-866-633-2446 પર કોલ કરો.

## Aviso de no discriminación

No tratamos a los miembros de forma diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional. Si cree que fue tratado injustamente por su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, puede enviar una queja a:

Coordinador de derechos civiles  
Reclamación por los derechos civiles de UnitedHealthcare  
dominio de correos 30608  
Lago Salt, Ciudad, UTAH 84130  
UHC\_Civil\_Rights@uhc.com

Debe enviar la reclamación en un plazo de 60 días a partir del incidente. Le enviaremos una decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para apelar.

Si necesita ayuda con su queja, llame al **1-866-633-2446** o al número de teléfono gratuito para socios que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud (TTY/RTT 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00. E.T. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

**En línea:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de reclamaciones están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Teléfono:** Número gratuito **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

**Correo:** Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 200 Independence Avenue, SW Sala 509F, HHH Edificio Washington, D.C. 20201

# Aviso de privacidad de información médica

## A partir del 1 de enero de 2021

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que explica cómo podemos utilizar la información sobre usted y cuándo podemos divulgar dicha información a terceros. También tiene derechos con respecto a su información médica que se describen en este aviso. Estamos obligados por ley a cumplir los términos de este aviso.

Los términos “información” o “información médica” de este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que pueda usarse razonablemente para identificarle y que se relacione con su estado de salud física o mental, la prestación de atención médica a usted o el pago de dicha atención médica. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad aplicables relacionadas con la notificación en caso de incumplimiento de su información médica.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y el condiciones de este aviso. Si realizamos un cambio sustancial en nuestra privacidad prácticas, le proporcionaremos, en nuestra próxima distribución anual, un aviso revisado o información sobre el cambio sustancial y cómo obtener un aviso revisado. Le proporcionaremos esta información, ya sea por correo directo o electrónicamente, de acuerdo con con la legislación aplicable. En todos los casos, si mantenemos un sitio web para su plan de salud particular, publicaremos el aviso revisado en su del plan de salud de EE. UU., como [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com) o [de la página web](#). Nos reservamos el derecho de hacer cualquier revisión o cambio de aviso efectivo para la información que ya tenemos y para de información que recibimos en el futuro.

UnitedHealth Group recopila y mantiene información oral, escrita y electrónica para administrar nuestro negocio y para proporcionar productos, servicios e información de importancia para nuestros inscritos. Mantenemos salvaguardas de seguridad físicas, electrónicas y procedimentales en el manejo y mantenimiento de la información de nuestros inscritos, de acuerdo con las normas estatales y federales aplicables, para protegernos contra riesgos tales como pérdida, destrucción o uso indebido.

## Cómo utilizamos o divulgamos la información

**Debemos** utilizar y divulgar su información médica para proporcionar dicha información:

- a usted o a alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) con el fin de administrar sus derechos según se describe en este aviso; y

- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurarse de que su privacidad esté protegida.

**Tenemos derecho a** usar y divulgar información médica para su tratamiento, pagar su atención médica y operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica:

- **para el pago** de primas que nos adeuden, para determinar su cobertura y para procesar reclamaciones por servicios de atención médica que reciba, incluida la subrogación o coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si usted es elegible para la cobertura y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.
- **para el tratamiento.** Podemos usar o divulgar información **médica** para ayudar en su tratamiento o la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a proporcionarle atención médica.
- **Para operaciones de atención sanitaria.** Podemos usar o divulgar **información** médica según sea necesario para operar y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y administración de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerirle un programa de control de la enfermedad o bienestar que podría ayudar a mejorar su salud o podemos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios. También podemos desidentificar la información médica de acuerdo con las leyes aplicables. Después de que esa información sea desidentificada, la información ya no está sujeta a este aviso y podemos utilizar la información para cualquier fin legal.
- **Para proporcionar información sobre programas o productos relacionados con la salud**, como tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, con sujeción a los límites impuestos por la ley.
- **Para patrocinadores del plan.** Si su cobertura es a través de un plan de salud grupal patrocinado por un empleador, podemos compartir información de salud resumida e información de inscripción e inscripciones con el patrocinador del plan. Además, podemos compartir otra información médica con el patrocinador del plan para fines de administración del plan si el patrocinador del plan acepta restricciones especiales sobre su uso y divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.
- **Para fines de suscripción.** Podemos usar o divulgar su **información** médica para fines de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para dichos fines.
- **Para recordatorios.** Podemos usar o divulgar información **médica** para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o atención, como recordatorios de citas con proveedores que le proporcionan atención médica.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos comunicar, electrónicamente o por teléfono, estos mensajes de tratamiento, pago u operación de atención sanitaria utilizando números de teléfono o direcciones de correo electrónico que usted nos proporcione.

**3 años**

**Podemos** usar o divulgar su información médica para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

- **Según lo exija la ley.** Podemos divulgar información cuando **así lo** exija la ley.
- **A las personas implicadas en su cuidado.** Podemos usar o divulgar su información médica a una persona involucrada en su atención médica o quién ayuda a pagar por su atención, como un familiar, cuando está incapacitado o en una emergencia, o cuando acepta o no se opone cuando se le da la oportunidad. Si no está disponible o no puede oponerse, utilizaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Se aplican normas especiales sobre cuándo podemos divulgar información médica a familiares y otras personas implicadas en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a cualquier persona implicada, antes de la muerte, en la atención o pago por la atención de una persona fallecida, a menos que sepamos que hacerlo sería incoherente con una preferencia expresada previamente por la persona fallecida.
- **Para actividades de salud pública** como informar o prevenir brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.
- **Para denunciar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** a autoridades gubernamentales autorizadas por ley para recibir dicha información, incluido un servicio social o una agencia de servicios de protección.
- **para actividades de supervisión de la salud** a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos** como en respuesta a una orden judicial, orden de registro o citación.
- **Con fines de aplicación de la ley.** Podemos divulgar su **información** médica a un funcionario de cumplimiento de la ley con fines como proporcionar información limitada para localizar a una persona que falta o informar de un delito.
- **Evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad** ante usted, otra persona o el público, por ejemplo, divulgando información a organismos de salud pública o autoridades policiales, o en caso de una emergencia o desastre natural.
- **Para funciones gubernamentales especializadas** como actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, y servicios de protección para el presidente y otros.
- **para la compensación de trabajadores** según lo autorizado por, o en la medida necesaria para cumplir con, las leyes de compensación de trabajadores estatales que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para fines de investigación** como la investigación relacionada con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley federal de privacidad.
- **Para proporcionar información sobre fallecidos.** Podemos divulgar información a un forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o según lo autorice la ley. También podemos divulgar información a directores funerarios según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.
- **Para fines de adquisición de órganos.** Podemos utilizar o divulgar información a entidades que gestionan la adquisición, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.
- **A instituciones correccionales o funcionarios de cumplimiento de la ley** si es usted recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, pero solo si es necesario (1) para que la institución le proporcione atención sanitaria; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.
- **A los Socios comerciales** que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato y según lo permitido por la ley federal.
- **Restricciones adicionales de uso y divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de privacidad especiales que restrinjan el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida información altamente confidencial sobre usted. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:
  1. Abuso de alcohol y sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o abandono de menores o adultos, incluida la agresión sexual
  4. Enfermedades contagiosas
  5. Información genética
  6. DOCTOR/AYUDAS
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Prescripciones
  10. Salud reproductiva
  11. Enfermedades de transmisión sexual

**4 años**

Si el uso o divulgación de la información médica descrita anteriormente en este aviso está prohibido o limitado de forma sustancial por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Excepto para los usos y divulgaciones descritos y limitados como se establece en este aviso, usaremos y divulgaremos su información médica solo con su autorización por escrito. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no usar o divulgar notas de psicoterapia sobre usted, vender su información médica a otras personas, o usar o divulgar su información médica para ciertas comunicaciones promocionales que están prohibidas en virtud de la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que nos dé su autorización para divulgar su información médica, no podemos garantizar que el destinatario al que se proporciona la información no la revele. Puede retirar o "revocar" su autorización por escrito en cualquier momento por escrito, excepto si ya hemos actuado en base a su autorización. Para averiguar dónde enviar su autorización por escrito y cómo revocar una autorización, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud.

## Cuáles son sus derechos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información médica:

- **Tiene derecho a solicitar la restricción de los usos o divulgaciones** de su información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención sanitaria. También tiene derecho a pedir que se limiten las divulgaciones a los miembros de su familia o a otras personas que estén implicadas en su atención médica o en el pago de su atención médica. También podemos tener políticas sobre el acceso de dependientes que autoricen a sus dependientes a solicitar ciertas restricciones. **Tenga en cuenta que, aunque intentaremos respetar su solicitud y permitiremos solicitudes coherentes con nuestras políticas, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción.**
- **Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de información de una manera diferente o en un **lugar** diferente (por ejemplo, enviando información a un apartado de correos en lugar de a su domicilio). Responderemos a las solicitudes razonables cuando la divulgación de toda o parte de su información médica pueda ponerle en peligro. En determinadas circunstancias, aceptaremos su solicitud verbal para recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, también podemos exigirle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud de modificación o cancelación de una solicitud de comunicación confidencial previa debe realizarse por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección indicada a continuación.
- **Tiene derecho a ver y obtener una copia** de cierta **información médica** que mantenemos sobre usted, como reclamaciones y casos o registros de gestión médica. Si mantenemos su información médica electrónicamente, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información médica en formato electrónico. También puede solicitar que le proporcionemos una copia de su información a un tercero que usted identifique. En algunos casos, es posible que reciba un resumen de esta información médica. Debe realizar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información médica o enviar su información a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección indicada a continuación. En determinadas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica. Si denegamos su solicitud, es posible que tenga derecho a que se revise la denegación. Podemos cobrar una tarifa razonable por cualquier copia.
- **Tiene derecho a solicitar la modificación de** determinada información **médica que** mantenemos sobre usted, como reclamaciones y casos o registros de gestión médica, si cree que la información médica sobre usted es incorrecta o incompleta. Su solicitud debe ser por escrito e indicar los motivos de la modificación solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección indicada a continuación. Si denegamos su solicitud, es posible que se añada una declaración de desacuerdo a su información médica.
- **Tiene derecho a recibir una contabilidad** de ciertas divulgaciones de su información realizadas por nosotros durante los seis años anteriores a su solicitud. Esta contabilidad no incluirá divulgaciones de información realizada: (i) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención sanitaria; (ii) para usted o de conformidad con su autorización; y (iii) a instituciones correctivas o funcionarios de cumplimiento de la ley; y (iv) otras divulgaciones para las cuales la ley federal no nos exija proporcionar una contabilidad.
- **Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir esta notificación electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de la misma. Si mantenemos un sitio web, publicaremos una copia del aviso revisado en nuestro sitio web. También puede obtener una copia de este aviso en el sitio web de su plan, como [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com) o [www.oxfordhealth.com](http://www.oxfordhealth.com).

**5 años**

## Cómo ejercer sus derechos

- **Cómo ponerse en contacto con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información sobre el ejercicio de sus derechos, **llame al número** de teléfono gratuito para miembros que figura en **su tarjeta de identificación del plan de salud o puede comunicarse con un representante del Centro de atención al cliente de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 (TTY/RTT 711).**
- **Cómo enviar una solicitud por escrito.** Puede enviarnos por correo sus **solicitudes por escrito** para ejercer cualquiera de sus derechos, incluida la modificación o cancelación de una comunicación confidencial, la solicitud de copias de sus registros o la solicitud de enmiendas a su registro, a la siguiente dirección:  
  
Atención sanitaria de United  
Servicio de atención al  
cliente - Unidad de  
privacidad PO Box 740815  
Atlanta, Georgia 30374-0815, Estados Unidos
- **Cómo presentar una reclamación.** Si cree que **se han** infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una reclamación ante nosotros en la dirección indicada anteriormente.

**También puede notificar al Secretario del Departamento de EE. UU. de la salud y los servicios humanos de su queja.** No tomaremos cualquier acción contra usted por presentar una queja.

---

<sup>2</sup>Este Aviso de información médica sobre prácticas de privacidad se aplica a los siguientes planes de salud afiliados a UnitedHealth Group: el Grupo ACN de California, Inc.; Compañía de Seguros All Savers; Compañía de Seguros All Savers Life de California; AmeriChoice de Nueva Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus de Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Proveedores de prestaciones dentales de California, Inc.; Proveedores de prestaciones dentales de Illinois, Inc.; Empresa de seguros de vida de empresa; Freedom Life Insurance Company of America; Golden Rule Insurance Company; Health Plan de Nevada, Inc.; Compañía de seguros de vida y salud MAMSI; March Vision Care, Inc.; Doctor en Medicina – Individual Practice Association, Inc.; Planes de salud Médica de Florida, Inc.; Medica Healthcare Plans, Inc.; de National Pacific Dental, Inc.; National Foundation Life Insurance Company; Asociación de Salud de los Vecindarios, Inc.; Departamento Dental de Nevada Pacific; Optimum Choice, Inc.; Compañía de seguros Optum de Ohio, Inc.; Seguro de salud de Oxford, Inc.; Planes de salud de Oxford (CT), Inc.; Planes de salud de Oxford (NJ), Inc.; el plan de salud de Oxford (NY), Inc.; Compañía de seguros de vida y salud PacifiCare Life and Health Insurance Company; Compañía de seguros de vida PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare de Arizona, Inc.; de PacifiCare de Colorado, Inc.; de PacifiCare de Nevada, Inc.; Peoples Health, Inc.; Elección de la salud de los médicos de Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Organización de Mantenimiento de Salud de Rocky Mountain, Incorporated; Rocky Mountain HealthCare Options, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; Seguro de salud de Symphonix, Inc.; UHC de California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company de Nueva York; Unison Health Plan de Delaware, Inc.; Beneficios de UnitedHealthcare de Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan de Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan de Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan de Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company de Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company de Nueva York; UnitedHealthcare Insurance Company del River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare de Alabama, Inc.; Atención sanitaria de Arizona, Inc.; Atención sanitaria de Arkansas, Inc.; Atención sanitaria de Colorado, Inc.; Atención sanitaria de Florida, Inc.; Atención sanitaria de Georgia, Inc.; Atención sanitaria de United de Illinois, Inc.; de UnitedHealthcare de Kentucky, Ltd.; Atención sanitaria de United de Louisiana, Inc.; Atención sanitaria de United de Mid-Atlantic, Inc.; Atención sanitaria de United de Midlands, Inc.; Atención sanitaria de United

de Midwest, Inc.; Atención sanitaria de United de Misisipi, Inc.; Atención sanitaria de United en Nueva Inglaterra, Inc.; de UnitedHealthcare de Nuevo México, Inc.; de UnitedHealthcare de Nueva York, Inc.; Atención sanitaria de United en Carolina del Norte, Inc.; Atención sanitaria de United de Ohio, Inc.; Atención sanitaria de Oklahoma, Inc.; Atención sanitaria de United de Oregon, Inc.; Atención sanitaria de UnitedHealthcare de Pensilvania, Inc.; Atención sanitaria de Texas, Inc.; de UnitedHealthcare de Utah, Inc.; Atención sanitaria de Washington, Inc.; Atención sanitaria de Wisconsin, Inc.; UnitedPlan de Atención Sanitaria del River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigor de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite [www.uhc.com/ privacy/entities-fn-v1](http://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1).

**6 años**

# Aviso de privacidad de información financiera

## ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN FINANCIERA SOBRE USTED. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

### Efectivo a partir del 1 de enero de 2021

Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. Para los fines de este aviso, "información financiera personal" significa información sobre un inscrito o solicitante de cobertura de atención médica que identifica a la persona, no está disponible públicamente en general y se recopila de la persona o se obtiene en relación con la prestación de cobertura de atención médica a la persona.

### Información que recopilamos

Dependiendo del producto o servicio que tenga con nosotros, podemos recopilar información financiera personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibamos de usted en aplicaciones u otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número de la Seguridad Social;
- información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otras personas, como el historial de pagos de primas y reclamaciones; y
- Información de una agencia de informes de consumidores.

### Divulgación de información

No divulgamos información financiera personal sobre nuestros inscritos o antiguos inscritos a ningún tercero, excepto cuando lo requiera o permita la ley. Por ejemplo, en el transcurso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, según lo permita la ley, divulgar cualquier de la información financiera personal que recopilamos sobre usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras aseguradoras, y empresas no financieras, como procesadores de datos;

- a empresas no afiliadas para nuestros fines comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales; y
- A empresas no afiliadas que prestan servicios para nosotros, incluido el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

### Confidencialidad y seguridad

Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y procedimentales, de acuerdo con las normas estatales y federales aplicables, para proteger su información financiera personal contra riesgos como la pérdida, destrucción o uso indebido. Estas medidas incluyen salvaguardas informáticas, archivos y edificios seguros, y restricciones sobre quién puede acceder a su información financiera personal.

### Preguntas sobre este aviso

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame al **número de teléfono gratuito de su plan de salud** o comuníquese con el **Centro de atención al cliente de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 (TTY/RTT 711)**.

<sup>3</sup>Para los fines de este Aviso de privacidad de información financiera, "nosotros" o "nos" se refiere a las entidades enumeradas en la nota al pie 2, a partir de la página seis de los Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad, más las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation; Proveedores de prestaciones dentales, Inc.; Ear Professional International Corporation; obtenerun seguro de salud.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; SanidadAlimentos, Inc.; de LifePrint East, Inc.; Estado de impresión de Life, Inc.; Red física gestionada, Inc.; Gestión de medicamentos dba Genoa Soluciones de gestión de medicamentos; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Networks de New Jersey, Inc.; OptumHealth Care Solutions, LLC; Optum Women's and Children's Health, LLC, OrthoNet, LLC; OrthoNet del Atlántico Central, Inc.; de OrthoNet West, LLC.; la red OrthoNet de South, Inc.; Administración de beneficios de Oxford, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Alianza de Médicos de las Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Apelación real, Inc.; Renai Health IPA, LLC; Renai Health Management, LLC; Sanvello Health, Inc.; de Savvysherpa, LLC; Spectera, Inc.; Tres Rivers Holdings, Inc.; de UHIC Holdings, Inc.; de UMR, Inc.; Salud conductual de United; Salud conductual de United de Nueva York I.P.A., Inc.; Servicios de Salud de United, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC y UnitedHealthcare Services Company de River Valley, Inc.; de Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de privacidad de información financiera solo se aplica cuando lo exige la ley. Específicamente, no

se aplica a (1) productos de seguro de salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proporcionan excepciones para entidades cubiertas por HIPAA o productos de seguro de salud. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigor de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite [www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1](http://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1).

EI20464455.0 21 de enero de 2021 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. 20-464458-A

**7 años**