

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

EN ESTE AVISO SE EXPLICA CÓMO SE PODRÍA USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO CON ATENCIÓN.

Con vigencia a partir del 1 de febrero de 2026

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, HI). La información de salud es información sobre su salud o servicios médicos. Debemos enviarle este aviso. Se informa lo siguiente:

- Cómo podríamos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted sobre su información de salud.

Por ley, cumplimos con lo establecido en este aviso. Tenemos derecho a realizar modificaciones en este aviso de prácticas de privacidad. Si realizamos modificaciones importantes, se lo comunicaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Cualquier cambio en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tengamos. Recopilamos y guardamos su información de salud para llevar adelante nuestra actividad comercial. La información de salud podría ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información de salud. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información de salud. Le notificaremos si se produce alguna violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno, que se aseguran de que cumplamos con las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud para ciertos fines.

Esto podría ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podríamos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera:

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar y pagar reclamos. Por ejemplo, podríamos informar a un médico si su plan cubre determinados servicios médicos y qué costos podrían estar cubiertos.
- **Para el Tratamiento o la Administración del Cuidado.** Para ayudar con su cuidado. Por ejemplo, podríamos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre, para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para las Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico sobre un

programa especial de manejo de enfermedades o un programa de bienestar que esté disponible para usted. Podríamos analizar datos para mejorar nuestros servicios.

- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podríamos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades podrían estar restringidas por la ley.
- **Para Patrocinadores del Plan.** Si usted recibe seguro de salud a través de su empleador, podríamos compartir con su empleador información sobre su inscripción, la cancelación de su inscripción y un resumen de la información de salud. También podríamos proporcionarle otra información de salud si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Con Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción de seguros de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios sobre Beneficios o Cuidado.** Podríamos enviarle recordatorios sobre las citas que usted tenga programadas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podríamos comunicarnos con usted e informarle sobre los beneficios de su seguro de salud, el cuidado de su salud o los pagos.

Podríamos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera:

- **Según lo Exija la Ley.** Para cumplir con las leyes que se nos aplican.
- **A las Personas que Participan en su Cuidado.** Podría tratarse de un familiar u otra persona que ayuda con su cuidado médico o paga su cuidado. También podría ser un familiar en situaciones de emergencia. Esto podría suceder si usted no puede decirnos si podemos compartir su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, utilizaremos nuestro mejor criterio. Si se permite, después de su fallecimiento, podríamos compartir información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o para informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podríamos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades podrían ser una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia que, por ley, tiene permitido obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de maltrato y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para el Cumplimiento de la Ley.** Por ejemplo, para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** Por ejemplo, a agencias de salud pública o autoridades responsables de hacer cumplir la ley en situaciones de emergencia o catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar y de veteranos, seguridad nacional o determinados servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir con las leyes laborales.

- **Para Fines de Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o condición médica. También podríamos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o un médico legista que podría ayudar a identificar a la persona que murió, por qué murió o para cumplir ciertas leyes. También podríamos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales o Autoridades Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para las personas detenidas, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Se trata de compañías que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales podrían limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se encuentra a continuación. Cumplimos con leyes más estrictas que se aplican a:
 1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
 2. Datos biométrica
 3. Abuso, maltrato o abandono de menores o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos con Receta
 10. Salud reproductiva o sexual
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Cumplimos con la legislación más estricta, en los casos en que sea aplicable. Por ejemplo, si recibimos información sobre usted a través de un consentimiento limitado que usted proporcionó a un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias con asistencia federal (“Programa de la Parte 2”), cumpliremos con su consentimiento limitado y la ley correspondiente, incluida la ley de Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias (“Parte 2”). Si usted nos autoriza a utilizar y compartir su información para futuros tratamientos, pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud, cumpliremos con su consentimiento general y la ley correspondiente, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Nunca utilizaremos ni compartiremos su información en procedimientos legales en su contra, a menos que usted dé su permiso por escrito o lo ordene un juez, y solo después de que se le haya informado y se le haya dado la oportunidad de expresarse.

Solo utilizamos o compartimos su información de salud tal y como se describe en este aviso o con su permiso por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas

sobre su psicoterapia, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito si tenemos previsto vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su consentimiento para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su permiso, puede retirarlo en cualquier momento. Para saber cómo puede hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del seguro de salud. Tenga en cuenta que una vez que se haya revelado su información de salud, la persona que la haya recibido podría compartirla y dejaría de estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información médica:

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación de la información para futuros cuidados, facturación y servicios para el cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayuden con su cuidado o paguen por él. Podríamos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para limitar nuestro uso o la divulgación se debe hacer por escrito.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal en lugar de en su domicilio. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales, pero podríamos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito y enviarlo por correo postal a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe solicitarlo por escrito y enviarlo por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podríamos enviarle un resumen. Podríamos cobrarle las copias de documentos. Podríamos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted puede solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar una enmienda.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe hacerlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo que la ley nos exige. Envíe esta solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A obtener un informe** que indica cuándo compartimos su información de salud durante los seis años antes de su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales o autoridades responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco incluirá las divulgaciones de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.
- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.

- **En algunos estados, usted podría tener derecho a solicitar que eliminemos** su información de salud. Según el lugar donde usted viva, es posible que pueda solicitarnos que eliminemos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo que la ley nos exige. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **Comuníquese con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o desea obtener más información sobre cómo ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.** También puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-877-482-9045, o para TTY/RTT al 711.
- **Presente una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo postal a:

UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis, MN 55440

- **Presente una Queja o una Queja Formal.** Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja o una queja formal a la dirección indicada anteriormente.
- **Plazo.** Responderemos a su solicitud por teléfono o por escrito en un plazo no mayor de 30 días.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista vigente de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v9>.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

EN ESTE AVISO SE INFORMA CÓMO SE PODRÍA USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Con vigencia a partir del 1 de febrero de 2026

Protegemos² su “información financiera personal” (financial information, FI). La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Podría incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos la Información Financiera

Solo compartimos información financiera según lo permita la ley.

Podríamos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podríamos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podríamos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podríamos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podríamos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podríamos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-877-482-9045, o para TTY/RTT al 711.

² Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera se aplica a la lista de planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group en <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v9>.

Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia en Otros Idiomas y Formatos Alternativos

ATTENTION: Free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call 1-877-482-9045. (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-877-482-9045.

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：1-877-482-9045。

XIN LƯU 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 1-877-482-9045.

알림: 한국어 (**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-482-9045 번으로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Mangyaring tumawag sa 1-877-482-9045.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **Русский (Russian)**. Позвоните по номеру 1-877-482-9045.

1-877-482-9045

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

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nan 1-877-482-9045.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le 1-877-482-9045.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod numer 1-877-482-9045.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para 1-877-482-9045.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di chiamare il numero 1-877-482-9045.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-482-9045 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。1-877-482-9045 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.
1-877-482-9045 تماس بگیرید.

कृपा ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** भाषी हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं।
कृपा पर काल करें 1-877-482-9045

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau 1-877-482-9045.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ(**Cambodian-Mon-Khmer**)សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទ ទៅលេខ 1-877-482-9045។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan iti 1-877-482-9045.

DÍI BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shoodí kohjí' 1-877-482-9045 hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac 1-877-482-9045.

ΠΡΟΣΟΧΗ : Αν μιλάτε **Ελληνικά (Greek)**, υπάρχει δωρεάν βοήθεια στη γλώσσα σας. Παρακαλείστε να καλέσετε 1-877-482-9045.

ध्यान आपो: જો તમે **ગુજરાતી (Gujarati)** બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય મદદરૂપ સેવા વિના મૂલ્યે પ્રાપ્ય છે.
કૃપા કરી 1-877-482-9045 પર કોલ કરો.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте **українською мовою (Ukrainian)**, у вас є можливість скористатися безкоштовними послугами перекладача. Зателефонуйте, будь ласка, за номером 1-877-482-9045.

AADACHT: Wann du **Deitsch Schwetze (Pennsylvanian Dutch)** kann, kannscht du frei Schprooch aushilfe griege. Ruf Nummer 1-877-482-9045.

FAAALIGA: Afai e te tautala Faa-**Samoa (Samoan)**, o loo avanoa tautua mo fesoasoani tau gagana mo oe, e le totogia. Faamolemole telefoni le 1-877-482-9045.