

# HEALTH PLAN NOTICES OF PRIVACY PRACTICES

**THIS NOTICE EXPLAINS HOW YOUR MEDICAL INFORMATION CAN BE USED AND SHARED, AND HOW YOU CAN ACCESS IT. PLEASE READ IT CAREFULLY.**

Effective February 1, 2026

By law, we<sup>1</sup> must protect the privacy of your health information. (HI). Health information is information about your health or medical services. We must send you this notice. It tells you:

- How we may use your HI.
- When we can share your HI with others.
- What rights you have for your HI.

By law, we follow what our notice says. We have the right to make changes to this notice of privacy practices. If we make important changes, we will let you know by mail or e-mail. We also post the new notice on our website. Any changes to the notice will apply to all HI we have. We collect and keep your HI to run our business. HI may be oral, written or electronic. We limit employee and service provider access to your HI. We have safeguards in place to protect your HI. We will notify you of any breach of your HI.

## **How We Collect, Use, and Share Your Information**

**We collect, use, and share your HI with:**

- You or your legal or personal representative.
- Certain Government agencies, who make sure we are following privacy laws.

**We have the right to collect, use, and share your HI for certain purposes.** This may be for your treatment, to pay for your care, or to run our business. We may use and share your HI as follows:

- **For Payment.** To process and pay claims. For example, we may tell a doctor if your plan pays for certain medical services and what costs may be covered.
- **For Treatment or Managing Care.** To help with your care. For example, we may share your HI with a hospital you are in to help them provide medical care to you.
- **For Health Care Operations.** To run our business. For example, we may talk to your doctor about a special disease management or wellness program available to you. We may study data to improve our services.
- **To Tell You about Health Programs or Products.** We may tell you about other treatments, products, and services. These activities may be limited by law.
- **For Plan Sponsors.** If you receive health insurance through your employer, we may give enrollment, disenrollment, and summary HI to your employer. We may give them other HI if they properly limit its use.
- **For Underwriting Purposes.** To make health insurance underwriting decisions. We will not use your genetic information for underwriting purposes.

- **For Reminders on Benefits or Care.** We may send reminders about appointments you have and information about your health benefits.
- **For Communications to You.** We may contact you about your health insurance benefits, healthcare, or payments.

**We may collect, use, and share your HI as follows:**

- **As Required by Law.** To follow the laws that apply to us.
- **To Persons Involved with Your Care.** This may be a family member or other person that helps with your medical care or pays for your care. It may also be a family member in an emergency. This may happen if you are unable to tell us if we can share your HI or not. If you are not able to tell us what you want, we will use our best judgment. If allowed, after you pass away, we may share HI with family members or friends who helped with your care or paid for your care.
- **For Public Health Activities.** For example, to prevent diseases from spreading or to report problems with products or medicines.
- **For Reporting Abuse, Neglect, or Domestic Violence.** We may only share with certain 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.** For example, to answer a court order or subpoena.
- **For Law Enforcement.** For example, to find a missing person or report a crime.
- **For Threats to Health or Safety.** For example, to public health agencies or law enforcement in an emergency or disaster.
- **For Government Functions.** For military and veteran use, national security, or certain protection services.
- **For Workers' Compensation.** If you were hurt at work or to comply with employment laws.
- **For Research.** For example, to study a disease or medical condition. We also may use HI to help prepare a research study.
- **To Give Information on Decedents.** For example, to a coroner or medical examiner who may help identify the person who died, why they died, or to meet certain laws. We also may give HI to funeral directors.
- **For Organ Transplant.** To help get, store, or transplant organs, eyes, or tissues.
- **To Correctional Institutions or Law Enforcement.** For people in custody, for example: (1) to give health care; (2) to protect your health and the health of others; and (3) for the security of the institution.
- **To Our Business Associates.** These are companies that provide services to us and agree to protect your HI.
- **Other Restrictions.** Federal and state laws may further limit our use of the HI listed below.

We follow stricter laws that apply to:

1. Alcohol and Substance Use Disorder
2. Biometric
3. Child or Adult Abuse or Neglect, including Sexual Assault

4. Communicable Diseases
5. Genetic
6. HIV/AIDS
7. Mental Health
8. Minors
9. Prescriptions
10. Reproductive or Sexual Health
11. Sexually Transmitted Diseases

We follow the strictest law, where it applies to us. For example, if we receive information about you through a limited consent you provided to a federally-assisted substance use disorder treatment program (“Part 2 Program”), we will follow your limited consent and applicable law, including Confidentiality of Substance Use Disorder Patient Records law (“Part 2”). If you permit our use and sharing of your information for future treatment, payment and health care operations reasons, we will follow your broader consent and applicable law, including the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”). We will never use or share your information in legal proceedings against you unless you give written permission or a judge orders it – and only after you are told and given a chance to speak.

We only use or share your HI as described in this notice or with your written permission. We will get your written permission to share psychotherapy notes about you, except in certain cases allowed by law. We will get your written permission if we plan to sell your HI to other people. We will get your written permission to use your HI for certain marketing mailings. If you give us your permission, you may take it back. To find out how, call the phone number on your health insurance ID card. Note that once your health information has been shared, it could be shared by the person who received it and no longer protected by federal privacy laws.

## Your Rights

You have the following rights for your medical information:

- **To ask us to limit** our use or sharing for future care, billing, and health care services. You can ask to limit sharing with family members or others that help with your care or pay for your care. We may allow your dependents to ask for limits. **We will try to honor your request, but we do not have to do so.** Your request to limit our use or sharing must be made in writing.
- **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 as allowed by state and federal law. We take verbal requests but may ask you to confirm your request in writing. You can change your request. This must be in writing and mailed to the address below.
- **To see or get a copy** of certain HI. You must ask in writing and mail it to the address below. If we keep these records in electronic form, you can request an electronic copy. 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.

- **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. We will respond to your request in the time we must do so under the law. Mail this to the address below. If we deny your request, you may add your disagreement to your HI.
- **To get an accounting** of when we shared your HI in the six years prior to your request. This will not include when we shared HI for the following reasons. (i) For treatment, payment, and health care operations; (ii) With you or with your consent; (iii) With correctional institutions or law enforcement. This will not include the disclosures that federal law does not require us to track.
- **To get a paper copy of this notice.** You may ask for a paper copy at any time. You may also get a copy at our website.
- **In certain states, you may have the right to ask if we delete** your HI. Depending on where you live, you may be able to ask us to delete your HI. We will respond to your request in the time we must do so under the law. If we can't, we will tell you. If we can't, you can write us to note why you disagree and send us the correct information.

## Using Your Rights

- **To Contact your Health Plan.** If you have questions about this notice, or you want more information on how to use your rights, **call the phone number on your ID card.** Or you may contact the UnitedHealth Group Call Center at 1-866-633-2446, or TTY/RTT 711.
- **To Submit a Written Request.** Mail to:

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

- **To File a Complaint or Grievance.** If you think your privacy rights have been violated, you may send a complaint or grievance to 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.

<sup>1</sup> This Health Plan Notice of Privacy Practices applies to the health plans that are affiliated with UnitedHealth Group. For a current list of health plans subject to this notice go to <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

## FINANCIAL INFORMATION PRIVACY NOTICE

**THIS NOTICE SAYS HOW YOUR FINANCIAL INFORMATION MAY BE USED AND SHARED. REVIEW IT CAREFULLY.**

Effective February 1, 2026

We<sup>2</sup> protect your “personal financial information” (FI). FI is non-health information. FI identifies you and is generally not public.

### Information We Collect

- We get FI from your applications or forms. This may be name, address, age, and social security number.
- We get FI from your transactions with us or others. This may be premium payment data.

### Sharing of FI

We only share FI as permitted by law.

We may share your FI to run our business. We may share your FI with our Affiliates. We do not need your consent to do so.

- We may share your FI to process transactions.
- We may share your FI to maintain your account(s).
- We may share your FI to respond to court orders and legal investigations.
- We may share your FI with companies that prepare our marketing materials.

### Confidentiality and Security

We limit employee and service provider access to your FI. We have safeguards in place to protect your FI.

### Questions About This Notice

Please **call the toll-free member phone number on health plan ID card** or contact the UnitedHealth Group Customer Call Center at 1-866-633-2446, or TTY/RTT 711.

<sup>2</sup> This Financial Information Privacy Notice applies to the list of health plans affiliated with UnitedHealth Group at <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1>.

**[Notice of Availability of Language Assistance Services and Alternative Formats:](https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice)**  
<https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice>

## AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

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

Con vigencia a partir del 1 de febrero de 2026

Por ley, debemos<sup>1</sup> proteger la privacidad de su información de salud (health information, HI). La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Debemos enviarle este aviso. En 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, seguimos lo que se indica en nuestro aviso. Tenemos derecho a realizar modificaciones en este aviso de prácticas de privacidad. Si realizamos modificaciones importantes, se lo notificaremos 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 puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información de salud. Implementamos medidas de seguridad para proteger su información de salud. Le notificaremos cualquier 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 gubernamentales, que se aseguran de que estemos cumpliendo 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 informarle a un médico si su plan paga ciertos 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 para informarle sobre un programa especial de manejo de enfermedades o un programa de bienestar 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 limitadas por la ley.
- **Para Patrocinadores del Plan.** Si usted recibe un seguro de salud a través de su empleador, podríamos compartir con su empleador información sobre la inscripción, la cancelación de la inscripción y un resumen de la información de salud. También podríamos compartir con su empleador información de salud adicional 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 procesamientos de pagos.

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

- **Según lo Exija la Ley.** Para seguir las leyes que debemos cumplir.
- **A las Personas que Participan en su Cuidado.** Esto podría ser un familiar u otra persona que ayuda con su cuidado médico o lo paga. También podría ser un familiar en caso de emergencia. Esto podría ocurrir si usted no puede decirnos si podemos compartir su información de salud. Si usted no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si se permite, después de su fallecimiento, podríamos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o lo pagaron.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para evitar la propagación de enfermedades o para informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Maltrato, Negligencia o Violencia Doméstica.** Solo podríamos compartir esta información de salud con ciertas entidades que, por ley, tienen permitido obtenerla. Estas entidades podrían ser una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud,** con una agencia que, por ley, tiene permitido obtener la información de salud. Esto podría ser para concesión de licencias, auditorías e investigaciones de maltrato y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Cumplir 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 las agencias de salud pública o a los responsables de hacer cumplir la ley en situaciones de emergencia o una catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, seguridad nacional o ciertos 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 la 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 Trasplante de Órganos.** Para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas bajo custodia, 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 empresas que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales podrían limitar aún más la manera en que usamos la información de salud que se indica a continuación. Cumplimos con la legislación más estricta aplicable a:
  1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
  2. Información 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, según nos corresponda regirnos por las mismas. 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”), seguiremos su consentimiento limitado y la legislación vigente, incluida la legislación sobre la confidencialidad de los registros de pacientes con trastorno por consumo de sustancias (“Parte 2”). Si usted permite que usemos y compartamos su información para futuros fines de tratamiento, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud, seguiremos su consentimiento más amplio y la legislación vigente, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Nunca usaremos ni compartiremos su información en procedimientos legales en su contra, a menos que usted otorgue permiso por escrito o un juez lo ordene, y solo después de que se le informe y se le haya dado la oportunidad de expresarse.

Solo usamos o compartimos su información de salud como se describe en este aviso o con su permiso por escrito. Obtendremos su permiso por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su permiso por escrito

si planeamos vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su permiso por escrito para usar su información de salud para ciertos envíos de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. 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 compartido su información de salud, podría ser compartida por la persona que la recibió y ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

## Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- **Solicitar que limitemos** nuestro uso o divulgación para cuidado, facturación y servicios para el cuidado de la salud futuros. Puede pedir que se limite la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o lo pagan. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Intentaremos respetar su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para limitar nuestro uso o divulgación se debe hacer por escrito.
- **Solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal en lugar de su domicilio. Aceptaremos su solicitud según lo permita la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Puede cambiar su solicitud. Esto debe hacerse por escrito y enviarse por correo postal a la dirección que aparece a continuación.
- **Consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe solicitarlo por escrito y enviarlo por correo a la dirección que figura a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle un cargo por las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede solicitar que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si considera que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se modifique. Debe solicitarlo por escrito. Debe proporcionar los motivos del cambio. Responderemos a su solicitud dentro del plazo que la ley nos exige. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **Recibir un informe** que indique cuándo compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las ocasiones en que compartimos la información de salud 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 responsables de hacer cumplir la ley. Esto no incluirá las divulgaciones que la ley federal no exige que registremos.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En ciertos estados, es posible que tenga 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 dentro del plazo que la ley nos exige. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. En ese caso, 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 si desea más información sobre cómo ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 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 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.

**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.

<sup>1</sup> Este Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud se aplica a los siguientes 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-v2>.

# AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

## EN ESTE AVISO SE INFORMA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Con vigencia a partir del 1 de febrero de 2026

Protegemos<sup>2</sup> su “información financiera personal” (financial information, FI). La información financiera no es información de salud. La información financiera lo identifica a usted y generalmente no es de carácter público.

### Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Esto puede ser su nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Obtenemos la información financiera de las transacciones que usted realiza con nosotros o con otros. Esto puede ser información sobre el pago de primas.

### Cómo Compartimos la Información Financiera

Solo compartimos la 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 1-866-633-2446 o para TTY/RTT al 711.

<sup>2</sup> Este Aviso de Privacidad de Información Financiera se aplica a la lista de planes de salud afiliados a UnitedHealth Group en <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1>.

### [Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia en Otros Idiomas y Formatos Alternativos:](https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice)

<https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice>