Filing at a Glance

Company: United HealthCare Insurance Company

Product Name: Group Insurance
TOI: H16G Group Health - Major Medical
Sub-TOI: H16G.001C Any Size Group - Other
Filing Type: Form

SERFF Tr Num: UHLC-125665029
SERFF Status: Closed
Co Tr Num:
Co Status:
Author: Gary Officer
Date Submitted: 05/23/2008

State: ArkansasLH
State Tr Num: 39127
State Status: Approved-Closed
Reviewer(s): Rosalind Minor
Disposition Date: 06/04/2008
Disposition Status: Approved-Closed

Implementation Date Requested: On Approval

Implementation Date:

State Filing Description:

General Information

Project Name: AR Rights & Responsibilities Brochure - UHIC
Project Number: R&RB - 052308-UHIC
Requested Filing Mode: Review & Approval

Explanation for Combination/Other:
Submission Type: New Submission
Overall Rate Impact:
Filing Status Changed: 06/04/2008
State Status Changed: 06/04/2008
Corresponding Filing Tracking Number:

Status of Filing in Domicile: Not Filed
Date Approved in Domicile:
Domicile Status Comments: The form being subnmitted is Arkansas-specific and will not be used or filed in our domiciliary state of CT
Market Type: Group
Group Market Size: Small and Large
Group Market Type: Employer

Deemer Date:

Filing Description:

Spanish Translation of AR Rights & Responsibilities Brochure - UHIC

Company and Contact

Filing Contact Information

Gary Officer, Senior Contract Specialist
5901 Lincoln Dr
Edina, MN 55436

Gary_F_Officer@uhc.com
(952) 992-5515 [Phone]

Filing Company Information

United HealthCare Insurance Company
450 Columbus Boulevard
PO Box 150450
Hartford, CT 06115-0450
(215) 653-8046 ext. [Phone]

CoCode: 79413
Group Code: 707
Group Name:
FEIN Number: 36-2739571

State of Domicile: Connecticut
Company Type: Health
State ID Number:

Filing Fees

Fee Required?	Yes
Fee Amount:	$20.00
Retaliatory?	No
Fee Explanation:	$20 per form - one form
Per Company:	No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
United HealthCare Insurance Company	$20.00	05/23/2008	20492386

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Rosalind Minor	06/04/2008	06/04/2008

Disposition

Disposition Date: 06/04/2008

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number:	*UHLC-125665029*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*United HealthCare Insurance Company*	*State Tracking Number:*	*39127*
Company Tracking Number:			
TOI:	*H16G Group Health - Major Medical*	*Sub-TOI:*	*H16G.001C Any Size Group - Other*
Product Name:	*Group Insurance*		
Project Name/Number:	*AR Rights & Responsibilities Brochure - UHIC/R&RB - 052308-UHIC*		

Item Type	Item Name	Item Status	Public Access
Supporting Document	Certification/Notice	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Application	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Cover Letter	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Certificate of Compliance	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	readability Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Certification of Spanish Translation	Approved-Closed	Yes
Form	Spanish Translation of Rights & Responsibilities Brochure	Approved-Closed	Yes

Form Schedule

Lead Form Number: 100-5215SP 4/07

Review Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
Approved-Closed	100-5215SP 4/07	Other	Spanish Translation of Rights & Responsibilities Brochure	Initial		41	Rights & Responsibilities Brochure - Spanish Translation.pdf

Al completar esta solicitud:

Yo (Nosotros) autorizo (autorizamos) a todos los proveedores de servicios o suministros de salud, y a cualquiera de sus representantes a entregar la siguiente información a la(s) HMO/compañía(s) de seguros: cualquier información disponible sobre el historial médico, condiciones o tratamientos de cualquier persona nombrada en esta solicitud. Yo (Nosotros) autorizo (autorizamos) a la(s) HMO/compañía(s) de seguros a utilizar dicha información para determinar la elegibilidad para cobertura médica y la elegibilidad para los beneficios bajo una póliza existente.

Yo (Nosotros) autorizo (autorizamos) a la(s) HMO/compañía(s) de seguros a proporcionar dicha información a sus representantes o a cualquier otra organización por el motivo informado anteriormente. Yo (Nosotros) acepto (aceptamos) que esta autorización tiene una validez de 30 meses desde la fecha de esta solicitud. Yo (Nosotros) sé (sabemos) que tengo (tenemos) derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización.

Entiendo que el Certificado de Cobertura, el Resumen de la Descripción del Plan y otros documentos, avisos y comunicaciones relacionados con mi cobertura, pueden transmitirse electrónicamente.

Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que la(s) HMO/compañía(s) de seguros no debe acatar ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en la solicitud o en cualquier documento adjunto.

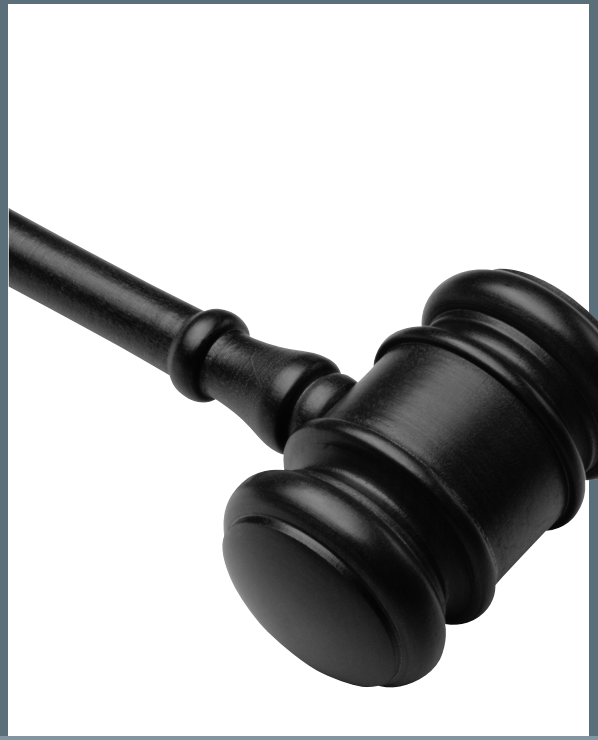
Tengo una obligación permanente de informar sobre cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi tarjeta de identificación.

Confidencialidad

Asegúrese de que la empresa para la cual trabaja haya completado la sección “To be completed by the employer" (Para ser completado por la empresa para la cual trabaja), del formulario de inscripción, antes de comenzar a completar su parte del formulario. Si usted no desea divulgar información médica personal a través de este formulario, a ninguna persona que no sea parte de UnitedHealthcare o sus afiliadas y representantes a los efectos de contratación de seguros y otros propósitos permitidos por la ley, puede completar toda la información en el formulario de inscripción y luego sellar y colocar el formulario en un sobre, antes de devolverlo a la empresa para la cual trabaja o al corredor de seguros.

UnitedHealthcare®
Unidos hoy por un futuro sano.℠

100-5215SP 4/07 ©2007 United HealthCare Services, Inc.



Sus derechos y responsabilidades

UnitedHealthcare®
Unidos hoy por un futuro sano.℠

Información importante

Para poder realizar elecciones sobre su cobertura y tratamiento, creemos que es importante para usted entender cómo funciona su plan y cómo puede afectarle. En un entorno que está en continuo cambio, la información nunca puede ser completa y le instamos a comunicarse con nosotros si la información en su Resumen de Descripción del Plan, Certificado de Cobertura u otros materiales no responde a sus preguntas. Información adicional está disponible en **myuhc.com**®.

1. No brindamos servicios médicos ni tomamos decisiones con respecto a los tratamientos. Ayudamos a financiar y/o administrar el plan de beneficios de salud en el que está inscrito. Esto significa que:
   - Tomamos decisiones sobre si el plan de beneficios de salud que usted eligió le reembolsará por la atención que pueda recibir.
   - No decidimos qué atención necesita o recibirá. Usted y su médico toman esas decisiones.
2. Podemos hacer arreglos en los que otras entidades desempeñen algunos de nuestros deberes, pero dichas entidades deben operar de manera coherente con nuestro compromiso para con su plan.
3. Contratamos redes de médicos y otros proveedores. Nuestro proceso de acreditación confirma la información pública sobre las licencias de los proveedores y demás credenciales, pero no garantiza la calidad de los servicios brindados.
4. Los médicos y otros proveedores en nuestras redes son contratistas independientes y no son nuestros empleados o agentes. No controlamos ni tenemos derecho a controlar el tratamiento del médico o el plan.
5. Podemos hacer arreglos con su médico o con otros proveedores para compartir en lo que se refiere al ahorro en los costos que nuestro enfoque puede generar. Sugerimos a los proveedores que pertenecen a nuestra red que divulguen la naturaleza de esos arreglos con usted. Si no lo hacen, le sugerimos que hable con su médico sobre dichos arreglos.
6. Le sugerimos a los médicos que hablen con usted sobre la atención médica que usted o su médico piensan que podría ser valiosa.

Condiciones preexistentes

Si usted o sus dependientes cubiertos han recibido indicación médica, atención o tratamiento para una lesión o enfermedad antes del inicio de la cobertura o durante el período de espera de su plan de salud, dicha lesión o enfermedad puede ser considerada una condición preexistente.

De acuerdo con las leyes federales, para determinar si existe una condición preexistente, un plan de salud de grupo puede analizar retrospectivamente un período de hasta seis meses anterior a la fecha de inicio de la cobertura o, si es anterior, la fecha de inicio del período de espera. Un plan de salud de grupo puede excluir beneficios para condiciones preexistentes durante hasta 12 meses (18 meses para las personas que ingresaron tardíamente al plan) a partir de la fecha anterior. El embarazo no es una condición preexistente. La condición preexistente no se aplicará a un niño recién nacido, a un niño adoptado o a un niño puesto en adopción antes de los 18 años de edad, si dicho niño es inscrito en un plan dentro de los 30 días de su nacimiento, adopción o puesta en adopción. La información genética no se considera una condición preexistente a menos que exista un diagnóstico específico relacionado con dicha información.

De acuerdo con las leyes federales, un plan de salud de grupo debe reducir el período de exclusión de condiciones preexistentes a la misma cantidad de días que usted o sus dependientes estuvieron cubiertos por planes de salud anteriores, a menos que haya existido una interrupción significativa en la cobertura. Si usted o sus dependientes han tenido una interrupción en la cobertura, de 63 días o más (incluyendo al niño recién nacido, el niño adoptado o el niño puesto en adopción), la cobertura de planes anteriores no se utilizará para reducir el período de exclusión de condiciones preexistentes. Para determinar si ha habido una interrupción de 63 días o más en la cobertura, los planes no pueden incluir el período de espera que usted o sus dependientes posiblemente hayan tenido que cumplir. Para recibir crédito por la cobertura de planes de salud anteriores (y así reducir o eliminar cualquier exclusión de condición preexistente), usted debe presentar una prueba de cobertura anterior. Usted tiene derecho a solicitar un Certificado de Cobertura Acumulable Anterior a la empresa para la cual trabajó anteriormente o al seguro. Si es necesario, UnitedHealthcare le ayudará a obtener dicha información.

Declaración de afirmación y autorización para obtener y divulgar información relacionada con la elegibilidad para cobertura médica

Comprendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas.

Yo (Nosotros) solicito (solicitamos) la cobertura médica y/o de vida de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes.

Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima.

Rate Information

Rate data does NOT apply to filing.

Supporting Document Schedules

Satisfied -Name: Certification/Notice

Review Status: Approved-Closed 06/04/2008

Comments:

Attachment:

Certificate of Compliance - UHIC.pdf

Bypassed -Name: Application

Review Status: Approved-Closed 06/04/2008

Bypass Reason: The form being submitted is used with the applications which were filed with and approved by your Department on 4-22-08 (SERFF tracking number UHLC-1256054, state tracking number 38685). The form is an informational piece and is not a product that is applied for or sold.

Comments:

Satisfied -Name: Cover Letter

Review Status: Approved-Closed 06/04/2008

Comments:

Attachment:

Cover Letter - UHIC.pdf

Satisfied -Name: Certificate of Compliance

Review Status: Approved-Closed 06/04/2008

Comments:

Attachment:

Certificate of Compliance - UHIC.pdf

Satisfied -Name: readability Certification

Review Status: Approved-Closed 06/04/2008

Comments:

Attachment:

Readability Certification - UHIC.pdf

Review Status:

Satisfied -Name: Certification of Spanish Translation Approved-Closed 06/04/2008

Comments:

Attachment:

Certification of Spanish Translation.pdf

Certificate of Compliance with
Arkansas Rule and Regulation 19

Insurer: United HealthCare Insurance Company

Form Number(s): 100-5215SP 4/07

I hereby certify that the filing above meets all applicable Arkansas requirements including the requirements of Rule and Regulation 19.

Signature of Company Officer

Forrest G. Burke
Name

Secretary
Title

May 23, 2008
Date

UnitedHealthcare
A UnitedHealth Group Company

May 23, 2008

UnitedHealthcare
5901 Lincoln Drive Edina MN 55436

Ms. Rosalind Minor
Certified Rate & Form Analyst
Arkansas Department of Insurance
1200 West Third Street
Little Rock, AR 72201-1904

Re: United HealthCare Insurance Company, NAIC Group# 0707, NAIC #79413

FILING OF SPANISH VERSION OF GROUP EMPLOYEE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES BROCHURE

Form Number	Description
100-5215SP 4/07	Employee Rights and Responsibilities Brochure

Dear Ms. Minor:

On behalf of United HealthCare Insurance Company, the Employee Rights and Responsibilites brochure listed above is being submitted for your Department's review and approval. This brochure form is the Spanish version of the English Rights & Responsibilities brochure form which was approved by your Department on November 11, 2004 (SERFF tracking number USPH-65ZNU6017, State tracking form number 27719).

We intend to use the above brochure form with small and large employer groups located in Arkansas. The brochure will be given to each enrolling employee at the time of enrollment, to provide information on various aspects of how the plan works and how it may affect him or her.

The above brochure form has been designed so that we and our sister company (United HealthCare of Arkansas, Inc.) can both use the same form. A submission (similar to this one) of the above brochure form is being sent to your Department today via SERFF on behalf of our sister company, with the goal of reducing the amount of time and effort necessary for your review of the brochure form.

In addition to a printed paper format, the above brochure form may also be used in an online format, with appropriate changes in font, format and design to more easily accommodate online enrollments.

If you have any questions or concerns regarding this filing, please contact me, using the information below. Please note that there is no filing fee required in our state of domicile. We look forward to your Department's approval.

Sincerely,

Gary F. Officer

Gary F. Officer, Compliance Consultant
United HealthCare Insurance Company
Ph: (952) 992-5515, Fax: (952) 992-5105
Email: gary_f_officer@uhc.com

Certificate of Compliance with
Arkansas Rule and Regulation 19

Insurer: United HealthCare Insurance Company

Form Number(s): 100-5215SP 4/07

I hereby certify that the filing above meets all applicable Arkansas requirements including the requirements of Rule and Regulation 19.

Signature of Company Officer

Forrest G. Burke
Name

Secretary
Title

May 23, 2008
Date

United HealthCare Insurance Company
NAIC #79413

READABILITY CERTIFICATION

This is to certify that the accompanying form(s) comply (complies) with your state's readability requirements:

A. Option Selected

The form(s) is (are) scored separately for the Flesch reading ease test (except forms entitled by law to be exempt from the requirements of such law). Score(s) for the (each) form(s) is (are) indicated below.

Form	Flesch Score
100-5215SP 4/07	41.2

B. Test Option Selected
Test was applied to each entire policy form.

C. Standards for Certification
A checked block indicates the standard has been achieved.

X 1. The form text achieves a minimum score of **40** on the Flesch reading ease test in accordance with the option chosen in Section A above.

X 2. It is printed in not less than ten point type, one point leaded. (This does not apply to specification pages, schedules and tables.)

X 3. The layout and spacing of the policy form(s) separate the paragraphs from each other and from the border of the paper.

X 4. The section titles are captioned in bold face type or otherwise stand out significantly from the text.

X 5. Unnecessarily long, complicated or obscure words, sentences, paragraphs or constructions are not used in the form(s).

Forrest G. Burke

Date: May 23, 2008

Forrest G. Burke
Secretary

CERTIFICATION

Interpreting Services International, Inc. (ISI) translated the following United Healthcare document:

Job Number UHCTX375343-000

English Form: 100-5215

Source Language: English

Target Language: Spanish

The translation is, to the best of our knowledge and belief, a true and accurate translation of the source language text in our possession. ISI is a Corporate Member in good standing of the American Translators Association, ATA Member #100073.

Erin Coleman
Project Manager
Interpreting Services International, Inc. (ISI)

Date: May 2, 2008