



Bienvenido al

Programa Michigan Dental

MANUAL DE BENEFICIOS DENTALES



Índice

	Página
Bienvenido	2
① Definiciones	3
② Cómo utilizar el Programa Michigan Dental	3
③ Qué cubre el Programa Michigan Dental	4
④ Coordinación de beneficios	5
⑤ Preguntas y respuestas	5
⑥ Reclamaciones y apelaciones	6
⑦ Condiciones generales	6
⑧ Finalización de cobertura	7

Preguntas/Ayuda

Si tiene preguntas sobre su programa, llame a nuestro número gratuito: 1-800-524-0149. Esté preparado para decirnos su nombre, el número de identificación de su tarjeta Delta Dental y su número de teléfono diurno. También díganos que su pregunta es sobre el Programa Michigan Dental. También puede escribir al departamento de Atención al cliente de Delta Dental a P.O. Box 9089, Farmington Hills, Michigan, 48333-9089. En su carta, denos esta misma información junto con su pregunta.

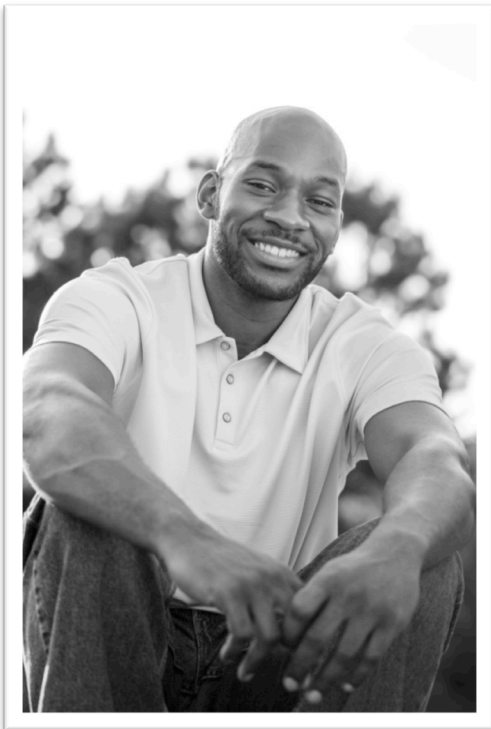
Si necesita informar un cambio de dirección o tiene preguntas sobre la inscripción, llame a la oficina del Programa Michigan Dental al 1-844-648-3384.

Bienvenido. . .

al Programa Michigan Dental.

Este manual le informa sobre los servicios dentales que cubre su programa dental y cómo hacer para obtenerlos.

El **Programa Michigan Dental** es un programa financiado por el gobierno federal administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS). Si se realizan cambios que afecten su cobertura, se le informará.



¡La buena salud dental tiene un papel muy importante para mantener todo tu cuerpo saludable! Debido a eso, el objetivo del Programa Michigan Dental es ayudar a las personas a recibir atención dental. Estamos contentos de que sea parte de este programa y lo animamos a que vea a un dentista pronto.

Debe ir a un dentista que sea parte de la red Delta Dental PPO. Asegúrese de preguntarle a su dentista si es un dentista de Delta Dental PPO.

Este plan no cubre el tratamiento si el dentista no participa en el plan Delta Dental PPO, con la excepción de las emergencias dentales cuando usted se encuentra fuera del estado de Michigan.

Consulte “¿Qué debo hacer en caso de una emergencia dental?” en la página 5.

Si tiene alguna pregunta sobre el Programa Michigan Dental o si necesita el nombre de un dentista participante de su área, llame a nuestro departamento de Atención al Cliente al 1-800-524-0149. Esta llamada es gratis.

En Delta Dental esperamos brindarle sus beneficios del Programa Michigan Dental.

1 Definiciones

Apelación

es una solicitud por escrito para que Delta Dental o el MDHHS revisen una reclamación. Consulte la Sección 5, Reclamaciones y apelaciones.

Beneficiario

es una persona que está inscrita en el Programa Michigan Dental.

Reclamación

es una lista detallada de los servicios dentales provistos por un consultorio dental y entregados a Delta Dental para el pago.

Delta Dental

significa Delta Dental Plan of Michigan, Inc., un proveedor de servicios para beneficios dentales según el Programa Michigan Dental.

Tarjeta de identificación Delta Dental

es una tarjeta permanente (no mensual). Enviamos tarjetas a cada Beneficiario. Use esta tarjeta cada vez que vea al dentista. Si pierde la tarjeta, llame a Delta Dental al 1-800-524-0149.

Dentista

es una persona con licencia para practicar odontología.

Dentista de Delta Dental PPO (“Dentista de la PPO”)

es un dentista que tiene un contrato con Delta Dental para participar en Delta Dental PPO.

MDHHS

es el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

Manual

es este folleto. El Manual le informa sobre los beneficios dentales del Programa Michigan Dental.

Programa Michigan Dental

es un programa integral de acceso dental financiado por el gobierno federal para personas con ciertas condiciones que califican.



Dentista participante

es un dentista de Michigan que ha aceptado participar en el programa dental Delta Dental PPO. Puede ir a cualquier dentista de Delta Dental PPO en Michigan.

Delta Dental no paga ningún servicio de un dentista no participante en Michigan.

2 Cómo usar el Programa Michigan Dental

Para utilizar los beneficios dentales del Programa Michigan Dental, siga estos pasos:

- ❶ Lea atentamente su Manual para saber cómo funciona el Programa Michigan Dental y qué cosas están cubiertas.
- ❷ Para encontrar un dentista de Delta Dental PPO, llame al Servicio al cliente al 1-800-524-0149 o puede usar nuestro directorio en línea que se encuentra en siguiente sitio web: www.DeltaDentalMI.com. También puede descargar la aplicación de Delta Dental para teléfonos inteligentes para encontrar un dentista de Delta Dental PPO que se encuentre cerca de usted.
- ❸ Programe una cita con un dentista de Delta Dental PPO. Informe al dentista que usted tiene cobertura del Programa Michigan Dental y pregúntele si es un Dentista Participante (verificar esto es importante porque los servicios no están cubiertos si los proporciona un Dentista no participante).

- ❹ Sea puntual en sus citas, o llame antes si debe cancelar. Delta Dental no paga las citas a las que no asistió o que canceló.
- ❺ Muestre su tarjeta Delta Dental en cada cita.
- ❻ Después del tratamiento, su dentista envía un formulario de reclamación a Delta Dental. Para ayudarlo, proporcione la siguiente información al personal del consultorio dental:
 - El nombre completo y la dirección del Beneficiario.
 - El número de Seguro Social o el número de identificación de Delta Dental del Beneficiario.
 - La fecha de nacimiento del Beneficiario.
 - El nombre del grupo (Programa Michigan Dental) y el número de grupo (nº. 5000).
- ❼ Si su dentista tiene alguna pregunta sobre el Programa Michigan Dental, pídale que llame a Delta Dental al 1-800-524-0149.
- ❽ Delta Dental le enviará una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Allí se muestra cuánto pagó Delta Dental. Recuerde que debe ir a un dentista de Delta Dental PPO. Si no va a un dentista de Delta Dental PPO, usted deberá pagar sus servicios dentales.

❸ Qué cubre el Programa Michigan Dental

- ✓ Exámenes bucales (2 por año calendario)
- ✓ Exámenes específicos para un problema
- ✓ Radiografías
 - Radiografías de mordida (1 por año calendario)
 - Radiografías de la boca entera o panorámicas (1 en 5 años)
 - Otras radiografías según sean necesarias
- ✓ Limpieza dental (3 por año calendario)
- ✓ Desbridamiento de la boca completa (1 por año calendario)
- ✓ Mantenimiento periodontal, con antecedentes de enfermedad periodontal (3 por año calendario)
- ✓ Tratamiento con flúor (3 por año calendario)
- ✓ Los selladores están cubiertos para los primeros y segundos molares permanentes.
- ✓ Biopsia con cepillo
- ✓ Empaste de caries
- ✓ Coronas y subestructuras para todos los dientes excepto los segundos y terceros molares, con un límite de dos por año calendario una vez en un período de cinco años.
- ✓ Eliminación de sarro y alisado radicular (una vez en un período de 24 meses)
- ✓ Gingivectomía y cirugía de colgajo gingival, una vez en 36 meses
- ✓ Protectores de mordida (1 de por vida)
- ✓ Conducto radicular para todos los dientes excepto los segundos y terceros molares, con un límite de 2 por año calendario.
- ✓ Extracciones, simples y quirúrgicas
- ✓ Otros procedimientos de cirugía bucal limitados
- ✓ Sedación/anestesia i.v. (cuando sea necesaria desde el punto de vista médico)
- ✓ Dentadura postiza completa (1 en 5 años)
- ✓ Dentadura postiza parcial (1 en 5 años)
- ✓ Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas
- ✓ Rebasado y recubrimiento de dentaduras postizas (1 vez en 3 años)
- ✓ Acondicionamiento de tejido (2 veces en 3 años)
- ✓ Recementación de coronas y puentes
- ✓ Puentes para el arco dentario superior, solo puentes fijos de 3 unidades, para reemplazar un diente faltante (1 cada 5 años).
- ✓ Pasta dental recetada (3 por año calendario junto con la limpieza)
- ✓ Tratamiento de emergencia

Todos los servicios que no se detallan arriba NO son beneficios cubiertos.

Si recibe un servicio que no está cubierto, debe pagarlo. Algunos de los servicios que NO están cubiertos son los siguientes:

- ☒ Incrustaciones y recubrimientos
- ☒ Coronas para los segundos o terceros molares
- ☒ Conductos radiculares para los segundos o terceros molares
- ☒ Puentes para el arco dentario inferior
- ☒ Puentes con 4 o más unidades fijas
- ☒ Cirugía periodontal, distinta de gingivectomía y cirugía de colgajo gingival
- ☒ Frenos
- ☒ Implantes y prostodoncia de implantes
- ☒ Odontología estética, incluido el blanqueamiento
- ☒ Servicios cubiertos conforme a un programa de hospital, quirúrgico/médico o de fármaco con receta.
- ☒ Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ)

4 Coordinación de beneficios

La Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, "COB") se aplica a este Plan cuando usted tiene beneficios dentales conforme a más de un plan. El Programa Michigan Dental es pagador de última instancia.

5 Preguntas y respuestas

¿Puedo elegir a cualquier dentista?

Puede elegir cualquier dentista de Delta Dental PPO. Aunque actualizamos el Directorio de dentistas a diario, cuando programe una cita, pregúntele al dentista o al personal del consultorio dental si está participando en la red Delta Dental PPO.

Para encontrar un dentista de Delta Dental PPO, llame a Servicio al Cliente al 1-800-524-0149 o visite nuestro sitio web en www.DeltaDentalMI.com. También

puede utilizar nuestra aplicación para teléfonos inteligentes para encontrar un dentista que se encuentre cerca de usted.

¿Cuándo comienza la cobertura?

Cuando el Programa Michigan Dental le dice a Delta Dental que usted es elegible. Delta Dental le enviará por correo una tarjeta Delta Dental.

¿Cuándo debo pagar los servicios dentales?

Usted no tiene que pagar los servicios que cubre el Programa Michigan Dental. Si el Programa Michigan Dental no cubre un servicio que usted desea que su Dentista le proporcione, usted deberá pagar ese servicio. **Para los servicios no cubiertos, debe analizar las tarifas y el proceso de pago con el dentista antes de que se brinde el servicio.**

¿El Programa Michigan Dental cubre todos los servicios dentales?

No. Los servicios dentales cubiertos se describen en la Sección 3 de este Manual.

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia dental?

Una emergencia dental es un servicio necesario para controlar el sangrado, aliviar el dolor o eliminar una infección repentina. Los servicios de emergencia son necesarios para prevenir la muerte de la pulpa dentaria, la pérdida inminente de los dientes y el tratamiento de las lesiones.

Si ocurre una emergencia dental, llame al consultorio de su dentista y pregúntele qué debe hacer. Si la emergencia pone en riesgo su vida, llame al 911 o al número de teléfono para obtener servicios médicos de emergencia en su área.

Si usted no se encuentra en Michigan cuando ocurre la emergencia dental, puede llamar al número gratuito de Servicio al Cliente, 1-800-524-0149, o visitar nuestro sitio web, www.DeltaDentalMI.com para buscar un dentista que participe en Delta Dental PPO. Sin embargo, no es necesario que vaya a un dentista de Delta Dental.

Esto es muy importante:

Antes de recibir tratamiento, informe al dentista que usted está en el Programa Michigan Dental y que el dentista puede llamar a Servicio al Cliente al

1-800-524-0149 para obtener información adicional y ayuda con la facturación.

¿Qué sucede si necesito atención dental especializada?

Si necesita un especialista, hable con su dentista habitual. Este podrá informarle cómo obtener atención especializada. Antes de visitar a un especialista, asegúrese de que sea un dentista de Delta Dental PPO o los servicios no estarán cubiertos por Delta Dental. Además, verifique que los servicios necesarios estén cubiertos por el Programa Michigan Dental. Si el especialista no es un dentista de Delta Dental PPO o los servicios no están cubiertos, usted deberá pagar esos servicios.

⑥ Reclamaciones y apelaciones

Si tiene preguntas sobre una reclamación o cree que se ha denegado una reclamación de manera incorrecta, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-524-0149 y hable con un asesor. También puede solicitar una revisión formal de su reclamación.

- ① Primero, debe llamar a Servicio al Cliente y pedir que se verifique la reclamación.
- ② Si decide solicitar una revisión formal, envíe una solicitud lo antes posible. Las revisiones se deben solicitar en el lapso de los 180 días posteriores a la recepción del aviso de denegación de la reclamación.
- ③ Envíe su nombre, dirección, número de identificación de Delta Dental, la razón por la que cree que su reclamación fue denegada erróneamente, y cualquier información de respaldo que tenga a la siguiente dirección:

**Dental Director
Delta Dental
P.O. Box 30416
Lansing, Michigan 48909-7916**

- ④ Un profesional dental revisará su solicitud y se tomará una decisión basada en toda la información disponible que se haya proporcionado. Incluirá cualquier información

nueva que no estaba disponible cuando se decidió la reclamación la primera vez.

- ⑤ La revisión puede demorar hasta 60 días después de que Delta Dental reciba su solicitud. Si se la deniega, usted recibirá un aviso por escrito con el motivo de la denegación.

Si tiene alguna queja o inquietud sobre su Dentista o consultorio dental, puede hacer lo siguiente:

- ① Primero, debe hablar con el dentista que le proporcionó el servicio.
- ② Si no está satisfecho, puede solicitar una revisión formal a través del procedimiento de reclamación de calidad de atención. Para hacerlo, envíe su reclamación por escrito a:

**Customer Service Department
Delta Dental of Michigan
P.O. Box 9089**

Farmington Hills, MI 48333-9089

Envíe una copia de su Explicación de Beneficios con una carta que nos informe sobre su problema y cualquier otra información que pueda ayudarnos. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, la fecha y el nombre, número de Seguro Social o número de identificación de Delta Dental y dirección del Beneficiario.

Delta Dental investigará su reclamación y le notificará en el lapso de los 30 días posteriores a la recepción de su carta. Podemos remitir el problema a Michigan Dental Association. Cuando se haya hecho la revisión, recibirá una notificación por escrito dentro de un plazo de 15 días.

- ③ Puede llamar o escribir al MDHHS acerca de su reclamación.

**Department of Health and Human Services
Michigan Dental Program
109 W. Michigan Ave., 8th Floor
Lansing, Michigan 48913
1-844-648-3384**

7 Condiciones generales

Estas reglas generales se aplican al Programa Michigan Dental.

Otro seguro o arreglo de un juicio

Si Delta Dental paga una reclamación por la que otra persona o compañía es responsable, Delta Dental tiene el derecho de recuperar el pago de la otra persona o compañía.

Información y registros dentales

Mientras esté cubierto por Delta Dental, usted acepta brindarnos la información que necesitamos para procesar sus reclamaciones. Esta incluye permitir a Delta Dental acceder a sus registros dentales.

Relación dentista-paciente

Puede elegir cualquier dentista de Delta Dental PPO. El dentista es la única persona responsable ante usted por el asesoramiento y tratamiento dental y cualquier responsabilidad resultante.

Pérdida de elegibilidad durante el tratamiento

Si pierde la elegibilidad durante el tratamiento dental, Delta Dental solo paga los servicios cubiertos mientras usted sea elegible. Si usted comienza un servicio que solo puede finalizar con una serie de citas y pierde la elegibilidad antes de que se complete el servicio, nosotros pagaremos el servicio si este se completa en el lapso de los 60 días a partir de la fecha en la que usted perdió la elegibilidad.

8 Finalización de la cobertura

Cuando usted pierde la elegibilidad, Delta Dental cubre los servicios dentales hasta el último día de ese mes.

La cobertura del Programa Michigan Dental puede finalizar automáticamente el último día del mes en el que el MDHHS le informe a Delta Dental que su cobertura de MDP ha finalizado.

SI TIENE UNA EMERGENCIA: LLAME AL 911

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de este aviso: 20 de diciembre de 2017

ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN EL QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de Delta Dental Plan of Michigan, Inc., Delta Dental Plan of Ohio, Inc., Delta Dental Plan of Indiana, Inc., Delta Dental Plan of Arkansas, Inc., Delta Dental of Kentucky, Inc., Delta Dental Plan of New Mexico, Inc., Delta Dental of North Carolina, Delta Dental of Tennessee, Renaissance Life & Health Insurance Company of America, Renaissance Life & Health Insurance Company of New York, Renaissance Electronic Services, LLC, Tesia Clearinghouse, LLC (de manera colectiva, “nosotros” o “nos” o el “Plan”). Estas entidades se han designado a sí mismas como una sola entidad afiliada amparada para los fines de las reglas de privacidad conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”) de 1996, y cada una ha aceptado cumplir las disposiciones de este Aviso y puede compartir información médica protegida con las demás según sea necesario para el tratamiento, el pago o para llevar a cabo operaciones de atención médica, o según lo permita la ley.

La Regla de privacidad de la HIPAA protege solo cierta información médica conocida como “información médica protegida” (Protected Health Information, “PHI”). En general, la PHI es información médica identificable individualmente, incluida información demográfica, recopilada de usted o recibida por un proveedor del cuidado de la salud, un centro de intercambio de información del cuidado de la salud, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud grupal que se relaciona con:

- (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la provisión de cuidado de la salud para usted; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la provisión de cuidado de la salud para usted.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica y proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Tenemos el compromiso de proteger su información médica.

Cumplimos con las disposiciones de la Ley de Tecnologías de Información Médica para Salud Clínica y Económica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH). Mantenemos una política de informe de incumplimientos y tenemos las medidas de protección apropiadas para hacer un seguimiento de las divulgaciones requeridas y para cumplir con las obligaciones de informes apropiadas. Le informaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que podría haber comprometido la seguridad o la privacidad de su PHI. Además, cumplimos con los requisitos “Mínimos Necesarios” de la HIPAA y las enmiendas de la HITECH. También cumplimos con todas las leyes aplicables relacionadas con la retención y destrucción de su PHI.

Para obtener más información respecto de este Aviso, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que podemos usar o divulgar su PHI.

Para el tratamiento Podemos usar o divulgar su PHI para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar PHI sobre usted a proveedores, incluidos dentistas, médicos, personal de enfermería o técnicos, que están involucrados en su cuidado. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre su radiografía dental previa a un dentista para determinar si las radiografías previas afectan su tratamiento actual.

Para el pago Podemos usar o divulgar PHI sobre usted para obtener el pago de su tratamiento y realizar otras actividades relacionadas con el pago, como determinar la elegibilidad para los beneficios del Plan, obtener el pago del cliente para los beneficios, procesar sus reclamos, tomar decisiones de cobertura, administrar los beneficios del Plan, y coordinar los beneficios.

Para operaciones del cuidado de la salud Podemos usar y divulgar PHI sobre usted para otras operaciones del Plan, incluido establecer tarifas, realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejora, revisar su tratamiento, obtener servicios legales y de auditoría, detectar fraude y abusos, planificación comercial y otras actividades de administración general. De acuerdo con la Ley de información genética y no discriminación (Genetic Information and Nondiscrimination Act) de 2008, tenemos prohibido el uso de su información genética para fines de suscripción.

Para socios comerciales Podemos contratar a personas o entidades conocidas como Socios comerciales para que lleven a cabo diversas funciones o proporcionen ciertos tipos de servicios en nombre del Plan. Para realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los Socios comerciales pueden recibir, crear, mantener, usar o divulgar la PHI de usted, pero solo si acuerdan por escrito con el Plan implementar las medidas de protección apropiadas con respecto a su PHI. Por ejemplo, el Plan puede divulgar la PHI de usted a un Socio comercial para administrar reclamos o proporcionar servicios de soporte, como administración de utilización, evaluación de calidad, facturación y servicios de cobranza o auditoría, pero solo después de que el Socio comercial celebre un Acuerdo de Socio comercial con el Plan.

Beneficios y servicios relacionados con la salud Podemos usar o divulgar su información médica para comunicarle los beneficios y servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, podemos comunicarle acerca de los beneficios y servicios relacionados con la salud que agregan valor a su plan de salud, pero que no forman parte de él.

Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad Podemos usar y divulgar PHI sobre usted para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público en general.

Militares y veteranos Si es miembro de las fuerzas armadas, es posible que divulguemos PHI acerca de usted según lo requieran las autoridades de mando militar.

Compensación por accidentes en el trabajo Podemos revelar PHI sobre usted según sea necesario para cumplir con la compensación por accidentes en el trabajo o programas similares.

Riesgos de salud pública Podemos divulgar PHI sobre usted para actividades de salud pública, como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o para informar sobre abuso infantil, violencia doméstica o exposición a enfermedades o infecciones.

Actividades de supervisión de la salud Podemos divulgar PHI para ayudar a los organismos de salud durante las auditorías, investigaciones o inspecciones.

Demandas y litigios Si se ve involucrado en una demanda o litigio, es posible que divulguemos PHI acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar PHI acerca de usted en respuesta a una citación judicial, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en el litigio, pero solo si se realizaron esfuerzos para informarle acerca de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Cumplimiento de la ley Es posible que divulguemos PHI si así lo solicita un oficial del orden público:

- en respuesta a una orden judicial, una citación judicial, un mandato judicial, una orden de comparecencia o procesos similares;
- para identificar o ubicar a una persona sospechosa, fugitiva, desaparecida o a un testigo esencial;
- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- sobre un fallecimiento que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de casas funerarias Podemos divulgar PHI a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona que falleció o para determinar la causa de fallecimiento.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional Podemos brindar información médica acerca de usted a los funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Para el patrocinador del plan Podemos divulgar PHI de usted a ciertos empleados del Patrocinador del plan (es decir, la Compañía) a los fines de la administración del Plan. Estos empleados solo usarán o divulgarán su PHI según sea necesario para llevar a cabo las funciones administrativas del Plan o según lo requiera la HIPAA.

Divulgación a terceros Podemos usar o divulgar su PHI a los miembros de su familia y amigos que estén involucrados en su atención o en el pago de su atención. También podemos divulgar PHI a una persona que tenga autoridad legal para tomar decisiones de cuidado de la salud en nombre de usted.

DIVULGACIONES REQUERIDAS

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su PHI que el Plan debe realizar:

Según lo exija la ley Divulgaremos información médica acerca de usted cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, es posible que divulguemos PHI cuando lo requiera un tribunal en un proceso de demanda, como un juicio por mala praxis.

Auditorías Gubernamentales El Plan debe divulgar su PHI a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando la Secretaría esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la HIPAA.

Divulgaciones a usted Cuando usted lo solicite, el Plan debe divulgarle la parte de su PHI que contenga registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de cuidado de la salud.

AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Usaremos o divulgaremos su PHI solo como se describe en este Aviso. **No es necesario que haga nada para permitirnos divulgar su PHI como aquí se describe.** Si desea que usemos o divulguemos su PHI para otro fin, debe autorizarnos por escrito para hacerlo. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI con fines de investigación si nos proporciona una autorización por escrito para hacerlo. Puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Cuando recibamos su revocación, será efectiva solo para usos y divulgaciones futuras. No será efectiva para ninguna PHI que hayamos utilizado o divulgado en base a su autorización por escrito. Nunca venderemos su PHI ni la utilizaremos con fines comerciales sin su autorización expresa por escrito. No podemos condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para los beneficios a su aceptación de firmar una autorización.

INFORMACIÓN ADICIONAL CON RESPECTO A LOS USOS O DIVULGACIONES DE SU PHI

Para obtener información adicional sobre las formas en que se nos permite o requiere usar la divulgación de su PHI, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA PHI QUE TENEMOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que tenemos sobre usted:

Su derecho a inspeccionar y copiar su PHI Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI. Debe enviar su solicitud por escrito y si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable para cubrir los gastos asociados con su solicitud. Se le proporcionará una copia en un plazo de 30 días a partir de su solicitud.

El Plan puede denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su PHI en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a la PHI, puede solicitar que se revise la denegación enviando una solicitud por escrito a la persona de contacto

que se detalla a continuación.

Su derecho a modificar información incorrecta o incompleta Si cree que la PHI que el Plan tiene sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede presentar una solicitud por escrito para pedirnos que la modifiquemos. También debe proporcionar una razón para su solicitud. No estamos obligados a modificar su PHI, pero si denegamos su solicitud, le brindaremos información sobre nuestra denegación y sobre cómo usted puede estar en desacuerdo con la denegación en el lapso de los 60 días posteriores a su solicitud.

Su derecho a solicitar restricciones sobre las divulgaciones a los planes de salud. Cuando corresponda, puede solicitar que se establezcan restricciones en las divulgaciones de su PHI.

Su derecho a una justificación de las divulgaciones que hemos realizado Puede solicitar una justificación de las divulgaciones de su PHI que hemos realizado, excepto las divulgaciones que le hicimos a usted o de conformidad con su autorización por escrito, o que se hicieron para el tratamiento, el pago o las operaciones para el cuidado de la salud. Debe enviar su solicitud por escrito. Su solicitud puede especificar un período de tiempo de hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. Le proporcionaremos una lista de divulgaciones por un período de 12 meses sin cargo; podemos cobrarle por listas adicionales.

Su derecho a solicitar restricciones sobre usos y divulgaciones Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la forma en que usamos o divulgamos su PHI. Debe enviar una solicitud de tales restricciones por escrito, incluida la información que desea limitar, el alcance de la limitación y las personas a las que se aplican los límites. Podemos denegar su solicitud.

Su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales a través de medios alternativos razonables o en una ubicación alternativa Puede solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales de manera alternativa (es decir, por fax o por correo electrónico). Debe enviar su solicitud por escrito. No estamos obligados a aceptar su solicitud, sin embargo, aceptaremos su solicitud si, al hacer lo contrario, lo estuviéramos poniendo en peligro.

Su derecho a una copia impresa de este aviso

Para obtener una copia impresa de este aviso o una explicación más detallada de estos derechos, envíenos una solicitud por escrito a la dirección que se detalla a continuación. También puede obtener una copia de este aviso en uno de nuestros sitios web:

www.deltadentalmi.com,
www.deltadentaloh.com,
www.deltadentalin.com,
www.deltadentalar.com,
www.deltadentalky.com,
www.deltadentalnc.com,
www.deltadentalnm.com,
www.deltadentaltn.com,
www.renaissancedental.com, o
www.dentalhero.com.

Su derecho a designar a un representante personal

Una vez recibida la documentación apropiada que designa a una persona como su representante personal, apoderado para atención médica o tutor legal, se le permitirá a esa persona actuar en su nombre y tomar decisiones con respecto a su cuidado de la salud.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Podemos modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro y hacer que las nuevas disposiciones del Aviso entren en vigencia para toda la PHI que tengamos. Le informaremos sobre cualquier cambio significativo en el Aviso. La ley nos exige que cumplamos con la versión actual de este Aviso.

RECLAMACIONES

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o sus derechos de notificación en caso de que se haya violado su PHI, puede presentar una reclamación ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights, OCR). Las reclamaciones acerca de este Aviso o sobre cómo manejamos su PHI deben enviarse por escrito a la Persona de contacto que se detalla a continuación.

Las reclamaciones a la Oficina de Derechos Civiles deben enviarse a: Office of Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, 1-877-696-6775. También puede visitar el sitio web de la OCR en <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> para obtener más información.

No se lo sancionará ni se tomarán represalias en su contra por presentar una reclamación ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles.

ENVÍE TODAS LAS PETICIONES POR ESCRITO RELACIONADAS CON ESTE AVISO DE PRIVACIDAD A:

**Chief Privacy Officer
P.O. Box 30416
Lansing, MI 48909-7916
517-347-5451 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**



Delta Dental of Michigan

Reclamaciones, presupuestos previos al tratamiento

P.O. Box 9085
Farmington Hills, MI 48333-9085

Consultas, revisión

P.O. Box 9089
Farmington Hills, MI 48333-9089
1-800-524-0149

MDP CERT082016

*Una compañía que ofrece igualdad de
oportunidades*