

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha del presente aviso: 20 de julio de 2021

## ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

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 (colectivamente, “nosotros” o el “Plan”). Estas entidades se han nombrado a sí mismas como una sola entidad cubierta afiliada para los efectos de las reglas de privacidad conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), y cada una ha aceptado cumplir con los términos de este Aviso y puede compartir información protegida de salud entre sí según sea necesario para el tratamiento, el pago o para llevar a cabo las operaciones de atención médica, o según lo permita la ley.

La Regla de privacidad de HIPAA protege solo cierta información médica conocida como “información protegida de salud” (PHI, por sus siglas en inglés). En general, la PHI es información de salud individualmente identificable, que incluye la información demográfica, recopilada de usted o recibida por un proveedor de atención médica, una oficina de compensación de atención médica, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud de grupo relacionado con:

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

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud y que le proporcionemos este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Estamos comprometidos a proteger su información de salud.

Cumplimos con las disposiciones de la Ley de Tecnología de Informática Médica para la Salud Económica y Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés). Mantenemos una política de informes de incumplimiento y contamos con las garantías adecuadas para rastrear las divulgaciones requeridas y cumplir con las obligaciones de informes adecuadas. Le notificaremos de inmediato en caso de que ocurra un incumplimiento que pueda haber comprometido la seguridad o privacidad de su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés). Además, cumplimos con los requisitos de “Mínimo imprescindible” de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y las enmiendas de HITECH. También cumplimos con todas las leyes aplicables relacionadas con la retención y destrucción de su PHI.

Para más información en cuanto a este aviso, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED

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

**Para tratamiento** podemos usar o divulgar su PHI para facilitar el tratamiento médico o los servicios brindados por los proveedores. Podemos divulgar su PHI a proveedores, lo que incluye dentistas, médicos, enfermeras o técnicos, que participan en sus cuidados. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre una radiografía dental previa a un dentista para determinar si la radiografía anterior afecta su tratamiento actual.

**Para pago** podemos usar o divulgar su PHI 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 de beneficios del cliente, procesar sus reclamos, tomar decisiones de cobertura, administrar los beneficios del Plan y coordinar los beneficios.

**Para operaciones de la atención médica** podemos usar y divulgar su PHI para otras operaciones del Plan, lo que incluye el establecimiento de tarifas, la realización de evaluaciones de calidad y actividades de mejora, la revisión de

su tratamiento, la obtención de servicios legales y de auditoría, la detección de fraudes y abusos, la planificación comercial y otras actividades de administración general. De conformidad con la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008, se nos prohíbe utilizar su información genética para fines de suscripción de seguro.

**A los Socios comerciales** podemos contratar personas o entidades conocidas como Socios comerciales para realizar diversas funciones o para proporcionar 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 su PHI, pero solo si están de acuerdo por escrito con el Plan en implementar las garantías adecuadas con respecto a su PHI. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su PHI a un Socio comercial para administrar reclamos o proporcionar servicios de apoyo, como gestión de utilización, evaluación de calidad, facturación y servicios de cobranza o de 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 de salud para comunicarnos con usted sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, podemos comunicarnos con usted sobre 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 para la salud o la seguridad** podemos usar y divulgar su PHI para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público en general.

**Militares y veteranos** si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI si así lo exigen las autoridades del comando militar.

**Compensación por accidente laboral** podemos divulgar su PHI según sea necesario para cumplir con la compensación por accidente laboral o programas similares.

**Riesgos para la salud pública** podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública, como prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o para reportar abuso infantil, violencia intrafamiliar o exposición a enfermedades o infecciones.

**Actividades de supervisión de la salud** podemos divulgar la PHI para ayudar a las agencias de salud durante las auditorías, investigaciones o inspecciones.

**Demandas y disputas** si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación, pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Aplicación de la ley** podemos divulgar la PHI si lo solicita un agente del orden público:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden de detención, orden de comparecencia o proceso similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida.
- Sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona.
- Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal.
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias** podemos divulgar la PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

**Actividades de seguridad nacional e inteligencia** podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Al Patrocinador del plan** podemos divulgar su PHI a ciertos empleados del Patrocinador del plan (es decir, la Compañía) con el propósito de administrar el Plan. Estos empleados solo usarán o divulgarán su PHI según sea necesario para realizar las funciones administrativas del Plan o según lo requiera HIPAA.

**Divulgación a otros** podemos usar o divulgar su PHI a sus familiares y amigos que participan en sus cuidados o en el pago de sus cuidados. También podemos divulgar su PHI a una persona que tenga autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en su nombre.

#### **DIVULGACIONES REQUERIDAS**

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

**Según lo exija la ley** divulgaremos su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI cuando sea requerido por una orden judicial en un procedimiento de litigio, como una acción por negligencia profesional.

**Auditorías gubernamentales** se requiere que el Plan divulgue su PHI al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con HIPAA.

**Divulgaciones a usted** bajo su solicitud, se requiere que el Plan le revele la parte de su PHI que contiene expedientes médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica.

#### **AUTORIZACIÓN ESCRITA**

Usaremos o divulgaremos su PHI solo como se describe en este Aviso. **No es necesario que haga nada para permitirnos divulgar su PHI como se describe aquí.** Si desea que usemos o divulguemos su PHI para otro propósito, debe autorizarnos por escrito para hacerlo. Por ejemplo, podemos usar su PHI para 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 futuros. No será efectiva para ninguna PHI que podamos haber usado o divulgado en virtud de su autorización por escrito. Nunca venderemos su PHI ni la utilizaremos para fines de mercadeo sin su autorización expresa por escrito. No podemos condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un Plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios en su acuerdo para firmar una autorización.

#### **INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS USOS O DIVULGACIONES DE SU PHI**

Para obtener información adicional sobre las formas en que se nos permite o exige el uso de la divulgación de su PHI, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA PHI QUE MANTENEMOS**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos:

**Su derecho a inspeccionar y copiar su PHI** usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI. Debe presentar su solicitud por escrito y, si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa razonable para cubrir los gastos asociados con su solicitud. Se proporcionará una copia dentro de los 30 días de su solicitud.

El Plan puede denegar su solicitud de inspeccionar y copiar la 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 indica 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 solicitar que cambiemos su PHI enviando una solicitud por escrito. También debe proporcionar una razón para su solicitud. No estamos obligados a modificar su PHI, pero si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos información sobre nuestra denegación y sobre cómo puede mostrar su desacuerdo con la denegación dentro de los 60 días posteriores a su solicitud.

**Su derecho a solicitar restricciones en las divulgaciones a los Planes de salud.** Cuando proceda, puede solicitar que se apliquen restricciones a la divulgación de su PHI.

**Su derecho a un informe de las divulgaciones que hemos realizado** puede solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI que hemos realizado, a excepción de las divulgaciones que le hayamos hecho a usted o de conformidad con su autorización por escrito, o que se hicieron para un tratamiento, un pago u operaciones de la atención médica. Debe presentar 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 en los usos y divulgaciones** tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la forma en que usamos o divulgamos la PHI. Debe presentar una solicitud de dichas restricciones por escrito, que incluya la información que desea limitar, el alcance de la limitación y las personas a las que se aplican los límites. Podemos negar 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 correo electrónico). Debe enviar su solicitud por escrito. No estamos obligados a aceptar su solicitud, sin embargo, tendremos en cuenta su solicitud si, de lo contrario, lo pondría en peligro.

#### **Su derecho a una copia en papel de este aviso**

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

[www.deltadentalmi.com](http://www.deltadentalmi.com),  
[www.deltadentaloh.com](http://www.deltadentaloh.com),  
[www.deltadentalin.com](http://www.deltadentalin.com),  
[www.deltadentalar.com](http://www.deltadentalar.com),  
[www.deltadentalky.com](http://www.deltadentalky.com),  
[www.deltadentalnc.com](http://www.deltadentalnc.com),  
[www.deltadentalnm.com](http://www.deltadentalnm.com),  
[www.deltadentaltn.com](http://www.deltadentaltn.com), o  
[www.renaissancedental.com](http://www.renaissancedental.com).

#### **Su derecho a designar un representante personal**

Al recibir la documentación apropiada que designa a una persona como su representante personal, poder notarial para cuestiones médicas o tutor legal, se le permitirá a esa persona actuar en su nombre y tomar decisiones con respecto a su atención médica.

#### **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 mantenemos. Le avisaremos de cualquier cambio significativo en el Aviso. Estamos obligados por ley a cumplir con la versión actual de este Aviso.

#### **RECLAMOS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o sus derechos de notificación en caso de incumplimiento de su PHI, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles. Los reclamos sobre este Aviso o sobre cómo manejamos su PHI deben enviarse por escrito a la Persona de contacto que se indica a continuación.

Una queja a la Oficina de Derechos Civiles debe 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 mayor información.

No se lo penalizará ni de ninguna otra manera se tomará una represalia contra usted por presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles.

#### **ENVÍE TODAS LAS SOLICITUDES POR ESCRITO CON RESPECTO A 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 es una marca registrada de Delta Dental Plans Association*