

# Notificación de Política de Privacidad

## NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER USADA Y/O DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CON CUIDADO. SI USTED QUIERE COPIA DE ESTE DOCUMENTO EN INGLÉS, POR FAVOR COMUNÍQUESE A LAS OFICINAS DE DELTA DENTAL OF PUERTO RICO.

THIS NOTICE DESCRIBES HOW PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. IF YOU NEED THIS DOCUMENT IN ENGLISH, PLEASE CONTACT DELTA DENTAL OF PUERTO RICO'S OFFICES.

Esta notificación se expide en cumplimiento con la Ley Federal P.L. 104-191 conocida en inglés como "Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996" y su Regla de Privacidad y Seguridad (45 "Code of Federal Regulations" Partes 160 y 164)

Delta Dental se compromete a limitar la información que recolectamos a la estrictamente necesaria. Como parte de nuestras funciones recolectamos información personal de diferentes fuentes, entre las cuales podemos mencionar: 1) Información que usted nos provee en solicitudes; 2) Información proveniente de transacciones efectuadas con nosotros; 3) Información de proveedores participantes.

### **A. Usos y divulgaciones permitidos de su información de salud protegida (PHI)**

Toda la información sobre su salud o condición médica puede ser divulgada a los dentistas, quienes constituyen el grupo de proveedores participantes de Delta Dental of Puerto Rico (en adelante Delta Dental), para distintos propósitos tales como el tratamiento, pago por reclamaciones y operaciones (TPO). A modo de ejemplo, su dentista podría requerir directamente de nosotros, el tipo de tratamiento a usted brindado y la fecha en la cual se le ofreció dicho tratamiento para poder determinar si el nuevo tratamiento a ofrecerse está cubierto por su plan dental.

(1) Al momento de realizarse algún pago o tratamiento, divulgamos su información para determinar si su cubierta cubre el costo del tratamiento o visita que usted, su cónyuge o sus dependientes hayan recibido o vayan a recibir. Esta divulgación puede incluir lo siguiente:

- a) Determinar su elegibilidad o cubierta para proveerle tratamiento
- b) El coordinar beneficios con otras cubiertas de otros planes médicos o dentales
- c) Para poder determinar el costo de compartir cantidades o cubiertas con otros planes médicos o dentales
- d) Adjudicar reclamaciones de beneficio
- e) Proceso de facturación de primas
- f) Evaluar los servicios ofrecidos por los proveedores
- g) En la administración de las reclamaciones
- h) Revisar los servicios de salud con respecto a las necesidades médicas o dentales

- i) Revisión de servicios de salud a la luz de sus cubiertas de acuerdo al contrato suscrito entre usted y Delta Dental

(2) Los siguientes son algunos ejemplos de personas a las cuales Delta Dental le podría divulgar su información de salud protegida (PHI), pero no se limita a estos casos solamente:

- a) Contratamos con personas y organizaciones (asociados de negocios) para que realicen diversas funciones a nombre nuestro o para que provean ciertos tipos de servicios. Los asociados de negocios pueden recibir, crear, mantener, usar o divulgar el mínimo necesario de información de salud protegida, pero solo después de haberles exigido acordar por escrito que mantendrán la confidencialidad de dicha información y limitarán su uso sólo para los propósitos establecidos en el contrato.
- b) Proveemos su información a su dentista para cualquier reclamación sobre beneficios o cubierta de su seguro;
- c) Su información personal podría ser divulgada a nuestros abogados para propósitos de cobro de dinero de primas adeudadas a Delta Dental por usted o su patrono, así como casos en los cuales el pago o el ofrecimiento de servicios sea cuestionado;
- d) Su información personal y/o información de procedimientos dentales es ofrecida a nuestros consultores para determinar si dicho servicio está cubierto por su póliza;
- e) En las funciones como administrador del seguro o beneficio, podemos usar y divulgar información de salud protegida entre las siguientes organizaciones: DDC, DDPA y compañías asociadas a Delta Dental.
- f) Si su patrono u otra parte patrocina su plan de beneficios, podemos proporcionar la PHI a su patrono para que administre sus beneficios.

(3) La información personal que usted recibe sobre sus servicios dentales, la cual constituye información de salud protegida, puede ser ofrecida sin requerir su autorización o consentimiento en los siguientes casos:

- a) Cuando una entidad del gobierno estatal o federal nos solicita la información para determinar si ha habido fraude y realiza investigaciones según lo permite la ley que creó dicha entidad gubernamental;
- b) A una entidad de salud que esté autorizada por ley o reglamento a recibir o solicitar la información sobre los suscriptores;
- c) Solicitar información sobre un individuo bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos de América (Food and Drug Administration);
- d) Cuando la junta examinadora de dentistas solicite la información para ser empleada en un procedimiento disciplinario contra un dentista por motivo de una querrela por servicios profesionales o impericia profesional;

- e) Cuando su información sea solicitada por un tribunal o agencia administrativa con facultades para emitir resoluciones cuasi judiciales y la divulgación se limite a aquella solicitada;

Siempre y cuando usted así lo autorice o consienta por escrito o cuando exista alguna ley o reglamento federal o estatal que así lo autorice, su información de salud puede ser ofrecida a otras personas o entidades, con excepción de las aquí mencionadas. De tener alguna duda sobre que otras entidades tienen derecho a revisar su información de salud, refiérase al Código de Reglamentación Federal (conocido por sus siglas en inglés como "CFR") Tomo 45 sección 164.512.

## **B. Sus Derechos (derechos del suscriptor y/o paciente)**

Usted como suscriptor de Delta Dental tiene los siguientes derechos:

- a) Usted puede solicitar que se restrinja el uso y/o la divulgación de su información personal en ciertos casos.
- b) Usted puede recibir comunicaciones o correspondencia sobre su información de salud protegida mediante diferentes métodos de envío y en cualquier lugar según usted lo solicite (papel, forma electrónica, fax, dirección distinta a la de los demás dependientes, etc.);
- c) Usted puede revisar y fotocopiar su información de salud en cualquier momento, mediante el pago del importe correspondiente, si aplica. Dicha petición debe hacerse por escrito en una hoja de papel 8½ x 11 firmada y fechada por usted. Delta Dental solo conservará aquella PHI que obtengamos para proporcionarle los beneficios. Una vez hayamos concluido la revisión de esa información, Delta Dental devuelve al dentista la mayor parte de PHI;
- d) Usted tiene derecho a solicitar un desglose de a quienes, cuando y como Delta Dental le ha provisto información confidencial sobre su salud, hasta un máximo de seis años previos a su petición. Este desglose no incluye aquella información empleada para el pago de tratamientos o servicios recibidos por parte de su dentista;
- e) Usted puede solicitar enmiendas o modificaciones a su información de salud de conformidad con el Código de Reglamentación Federal en su Tomo 45 sección 164.526. Delta Dental se reserva el derecho de objetar o denegar su solicitud mediante documento escrito y usted tiene derecho a refutar a dicha objeción o denegación;
- f) Usted puede solicitar que toda información que le sea enviada por medios electrónicos, le sea enviada en papel también;
- g) Usted puede presentar cualquier tipo de querrela, por violaciones a la reglamentación federal o estatal

vigente que implante HIPAA, en nuestras oficinas (véase más adelante la dirección a donde enviarlo) o directamente al Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Delta Dental no tomará ningún tipo de represalia contra usted al presentar dicha querrela o reclamación.

- h) Usted tiene el derecho de revisar esta notificación o solicitar una copia antes de firmar algún consentimiento o autorización de divulgación de información sobre su salud. La notificación de privacidad está disponible en el portal de internet de Delta Dental of Puerto Rico o puede solicitar que le sea enviada por correo electrónico o en papel;
- i) Usted puede autorizar a la divulgación de cierta información sobre su salud, dicha autorización deberá estar firmada y fechada por usted o su representante legal. La falta de fecha y/o firma invalida el documento.
- j) Usted puede revocar por escrito, en cualquier momento, el consentimiento o autorización por usted dado.
- k) Delta Dental le entregará a su solicitud, una copia de toda autorización que usted realice en la cual usted apruebe la divulgación de su información de salud.

De tener alguna duda sobre sus derechos, puede examinar el Código de Reglamentación Federal Tomo 45 secciones 164 y siguientes.

### **C. Nuestros deberes**

Delta Dental tiene la obligación de mantener toda la información de salud suya y/o de los miembros de su familia en estricta confidencialidad, con excepción de lo antes mencionado en la parte A de este documento.

- a) Delta Dental se compromete a cumplir con la reglamentación federal o estatal vigente que regule e implemente HIPAA, el reglamento en vigor del Departamento de Salud y Servicios Humanos y/o la ley o el reglamento del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, así como con la política establecida en esta notificación y aquel consentimiento firmado por el asegurado o suscriptor.
- b) Delta Dental se reserva el derecho de modificar su política así como los términos establecidos en esta notificación y de realizar una nueva notificación con dichos nuevos términos.
- c) Delta Dental puede rechazar una solicitud de restricción a la divulgación de la información sobre su salud. El rechazo de la solicitud se hará mediante notificación escrita que establezca la razón por la cual se objeta dicha restricción.
- d) Si Delta Dental acuerda restringir la divulgación de su información de salud, esta puede dejarse sin efecto cuando usted haya revocado la restricción por escrito.
- e) Delta Dental puede rechazar su petición de revisar su información privada sobre su salud basado en lo dispuesto en 45 CFR sección 164.524 incisos a (2) (i) al (v) de dicho reglamento referente a la seguridad y privacidad de su información.

- f) Delta Dental puede requerir a usted el pago de costos razonables por la reproducción, franqueo y/o preparación de un resumen de lo solicitado.
- g) Toda denegación realizada por Delta Dental deberá ser de forma escrita y basada en fundamentos establecidos por la reglamentación aquí mencionada.
- h) Delta Dental puede rechazar su petición de enmendar su información de salud basado en lo dispuesto en 45 CFR 164.526.
- i) Si Delta Dental accede a enmendar la información sobre su salud, dicha enmienda deberá realizarse dentro de un término de 60 días e informarle por escrito de tal acto. De la misma forma, Delta Dental deberá informar sobre esta enmienda a aquellas personas por usted mencionadas y/o aquellos que compartan dicha información con Delta Dental o cualquier asociado de negocios que se contrate,
- j) Toda denegación a cualquier solicitud que usted haga deberá ser informada dentro de un término de tiempo razonable, entendiéndose dentro de 60 días contados a partir de su solicitud,
- k) Delta Dental viene obligada a incluir en su expediente de información sobre su salud todo comunicado o petición suya, ya sea solicitando información o enmendando la creada por Delta Dental.
- l) Delta Dental viene obligada a mantener informados a todos sus empleados y a ofrecerles seminarios sobre los avances y modificaciones de la ley que salvaguarda protege su información de salud. Además, hemos implantado medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para limitar el acceso a su información,
- m) Delta Dental deberá asegurarse que sus asociados de negocios cumplan con las disposiciones de la ley federal aquí mencionadas y su reglamentación. Si Delta Dental, ya sea por una querella o por conocimiento personal, adviniera en conocimiento que el asociado de negocios no cumple con esta legislación, vendrá obligada a tomar medidas correctivas para proteger al ciudadano o suscriptor de dicha violación.

#### **D. Querellas**

De usted entender que Delta Dental no cumple con la ley HIPAA o con la reglamentación aquí mencionada, usted tiene derecho a presentar una querella ante la Oficina de Cumplimiento de Delta Dental of Puerto Rico, Inc. o dirigirla directamente al Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201.

Su querella deberá ser presentada por escrito en papel 8½ x 11 a la dirección indicada al final de este folleto. Una vez recibida, la Oficina de Cumplimiento de Delta Dental en unión al Oficial de Cumplimiento tendrá un término de 30 días para resolverla. De ser necesario, dicho término podría ser extendido mediante la solicitud de una prórroga, por 30 días adicionales.

## **E. Persona contacto**

Delta Dental ha nombrado un Oficial de Cumplimiento quien estará a cargo de establecer, mantener y modificar las políticas de privacidad sobre la información de salud de nuestros asegurados o suscriptores. Toda solicitud para requerir copias relacionadas a su información de salud, así como cualquier otro documento relacionado a las políticas y procedimientos de Delta Dental y/o cualquier reclamación o querrela, debe ser dirigida a la Oficina de Cumplimiento de Delta Dental of Puerto Rico, 14 Calle 2 Suite 200, Guaynabo, PR 00968-1735 o al correo electrónico: [privacyofficer@deltadentalpr.com](mailto:privacyofficer@deltadentalpr.com)

## **F. Fecha de efectividad**

Tanto la política de divulgación de Delta Dental como esta notificación serán efectivas el 14 de abril de 2003. Delta Dental se reserva el derecho de modificar esta notificación y/o sus políticas de divulgación de información, así como sus procedimientos. Una vez sean modificadas, estas se notificarán de conformidad con la ley y el reglamento (45 CFR 164.520). Delta Dental enviará copia de esta notificación solamente a aquellos asegurados nuevos, o al asegurado principal una vez pasado el término de tres años.

De usted entenderlo necesario, puede solicitarle a Delta Dental a la dirección indicada anteriormente, una copia de la Ley Pública 104-191 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) o copia del Reglamento de Privacidad, 45 CFR parte 164 o accederlo en <http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/cfr-table-search.html>.

De la misma forma, usted puede obtener copia de la Regla Núm. 75 sobre las Normas para regular la confidencialidad y flujo de información financiera de seguros y sobre el estado de salud del consumidor en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, o a través de la página web [www.ocs.gobierno.pr](http://www.ocs.gobierno.pr).

Para cualquier comentario, pregunta y/o sugerencia sobre esta notificación así como para las políticas de Delta Dental of Puerto Rico, Inc., puede dirigirse a la Oficina de Cumplimiento, Delta Dental of Puerto Rico, Inc., 14 Calle 2 Suite 200, Guaynabo, PR 00968-1735, teléfono (939) 205-3300 o dirigirla a través de nuestra página web:

<http://www.deltadentalpr.com>

Priv. Notice No. 01 - Rev. 12/01/17



**14 Calle 2 Suite 200  
Guaynabo, PR 00968-1735**

**Tel. (939) 205-3300  
Fax. (787) 749-2600**

**[www.deltadentalpr.com](http://www.deltadentalpr.com)**