

Effective Date: June 1, 2011

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y TRANSMITIRSE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA.

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE

NUESTRA PROMESA ACERCA DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Este Aviso describe las prácticas sobre privacidad de Delta Dental de Illinois y TruAssure Insurance Company (colectivamente, “nosotros” o “para nosotros” o la Empresa). Estas entidades se han designado a sí mismas como entidad singular afiliada cubierta para propósitos de las reglas de seguridad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996, según enmendada (siglas en inglés “HIPAA”) y cada una ha acordado regirse por los términos de este Aviso y podrán compartir información sobre la salud entre sí según sea necesario para tratamiento, pago o para llevar a cabo operaciones de salud, o de otras formas permitidas por la ley.

Nosotros reconocemos que la información sobre su salud es personal. Tenemos el compromiso de proteger la confidencialidad sobre la información de su salud que mantenemos y de usar su información debidamente.

La ley requiere que nosotros le proporcionemos este Aviso acerca de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a la información sobre su salud. Este Aviso explica de qué manera podemos usar la información sobre su salud y cuándo podemos compartir esta información con otros. Este Aviso también le informa sobre sus derechos con respeto a la información sobre su salud y cómo usted puede ejercer esos derechos.

Nosotros cumplimos con las provisiones de HIPAA y con la Ley de Tecnología de Información sobre la Salud para la Salud Económica y Clínica (siglas en inglés “HITECH”) y sus regulaciones de implementación. Mantenemos una política de reporte de violación y hemos establecido las protecciones debidas para rastrear transmisiones requeridas y cumplir con las obligaciones de reportes apropiados. Adicionalmente, cumplimos con los requisitos “Mínimos Necesarios” al usar o transmitir información sobre su salud o al requerir información sobre su salud.

La Regla de Privacidad de HIPAA protege sólo cierta información sobre la salud conocida como “Información sobre la Salud Protegida” (Siglas en inglés “PHI”). Generalmente, PHI es información sobre la salud individuo-identificable, incluyendo información demográfica, transmitida o mantenida por nosotros, en cualquier forma, ya sea oral, escrita o electrónica.

Este Aviso no es aplicable a información que haya sido de-identificada. La información de-identificada es información que no identifica a un individuo y con respeto a quien no hay base razonable para suponer que la información pueda ser usada para identificar a dicho individuo.

COMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Nosotros estamos permitidos a usar y compartir información sobre su salud para ciertos propósitos sin su autorización, según lo permiten las leyes federales y estatales. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y transmitir información sobre su salud. No todo uso o transmisión en una categoría será encontrado en la lista, pero todas las formas en que se nos permite usar y transmitir información caerá dentro de una de las categorías.

Pago: Nosotros podremos usar o transmitir información PHI acerca de usted para obtener pago por su tratamiento y para conducir otras actividades relacionadas con el pago, por ejemplo, determinar la elegibilidad para beneficios, someter facturas, adjudicar sus reclamaciones de salud, hacer decisiones sobre cobertura, administrar beneficios y coordinar el pago de beneficios.

Tratamiento: Nosotros podremos usar o transmitir su información PHI para facilitar tratamientos médicos o servicios por proveedores. Por ejemplo, podremos transmitir información acerca de tratamientos previos a un proveedor si el tratamiento previo afecta la cobertura para el tratamiento presente.

Operaciones de Cuidados de la Salud: Nosotros podremos usar o transmitir información sobre su salud para nuestras operaciones de cuidados de la salud, incluyendo, por ejemplo, conducir asesoría de calidad y mejoramiento de actividades, impartir capacitación, proveer licencias o actividades para adquirir credenciales, detectando fraude y abuso relacionados con los cuidados de la salud, realizando actividades de programas de cumplimiento, obtener servicios legales y de auditoría, resolver quejas y otras actividades relacionadas a la determinación de cobertura, y conducir planificaciones de negocios y otros servicios de administración general.

Uso por Socios de Negocios: Podremos hacer contratos con individuos o entidades conocidas como Socios de Negocios para llevar a cabo varias funciones o proveer cierto tipo de servicios. Para llevar a cabo esas funciones o proveer estos servicios, los Socios de Negocios podrán recibir, crear, mantener, usar y/o transmitir su PHI, pero sólo y cuando accedan por escrito con la Empresa que implementarán las salvaguardas debidas en relación con su PHI.

Transmisión a un Patrocinador de Plan de Salud, Quien Podría ser Su Empleador: Si usted está cubierto bajo un programa de beneficios colectivo, la información sobre su salud podría ser transmitida al patrocinador del plan de salud bajo el cual sus beneficios son provistos enteramente para el propósito de administrar beneficios bajo el plan de salud. El patrocinador del plan podría ser su empleador o ser una entidad afiliada con su empleador. La información sobre la salud podrá ser transmitida a otro plan de salud mantenido por el patrocinador del plan para propósitos de facilitar pagos de reclamaciones bajo ese otro plan de salud. Nosotros haremos transmisiones al patrocinador del plan solamente si dicho patrocinador del plan certifica que ha establecido provisiones del plan requiriendo que el patrocinador mantenga protegida la información sobre la salud.

Podremos, sin embargo, transmitir cierta información sobre la salud al patrocinador del plan sin una certificación en dos circunstancias. Primero, podremos transmitir un resumen de la información sobre la salud al patrocinador del plan para obtener apuestas de primas o para modificar, enmendar, o terminar el plan de seguro colectivo de la salud. Un resumen de información sobre la salud es un resumen de información sobre reclamaciones que ha sido purgado de la *mayor* parte de la información que pueda conectarla a un individuo en particular. Segundo, podremos transmitir información acerca de si usted está inscrito en su programa de beneficios, o ha cancelado su membresía.

Nosotros podríamos también ser requeridos a transmitir información sobre su salud, sin su autorización, a otros por las siguientes razones:

Requerido Por Ley: Podremos reportar su PHI, por ejemplo, en el evento de sospecha de fraude a agencias estatales y federales que nos rigen o a proveedores, tales como al Departamento de Servicios de la Salud y Derechos Humanos de los Estados Unidos, al Departamento de Seguros de Illinois o al Departamento de Regulación Financiera y Profesional de Illinois.

Actividades de Salud Pública: Podremos compartir su PHI con una autoridad de salud pública que compila o recibe información para prevenir o controlar las enfermedades, lesiones o discapacitaciones.

Víctimas del Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica: Podremos reportar su PHI a las autoridades gubernamentales en relación con el abuso infantil, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de la Supervisión de la Salud: Podremos compartir su PHI con agencias de supervisión de la salud para ciertas actividades incluyendo auditorías, inspecciones, licenciaturas o acciones disciplinarias.

Juicios y Disputas: Podremos proveer su PHI a una corte o agencia administrativa, por ejemplo, en preparación para una orden jurídica o citación.

Cumplimiento de la Ley: Podremos reportar su PHI a oficiales del cumplimiento de la ley para propósitos, por ejemplo, de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida o en respuesta a una citación de gran jurado, una citación administrativa o una investigación civil o criminal.

Pesquisidores, Examinadores Médicos, y Directores Funerarios: Podremos compartir su PHI con un pesquisidor o examinador médico para identificar a una persona difunta, determinar la causa de muerte, o según nos autoriza la ley. También podremos compartir información con directores funerales según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Prevenir Amenaza Seria a la Salud o Seguridad: Podremos reportar su PHI a agencias de la salud pública si consideramos, en buena fe, que dicho uso o transmisión es necesaria para prevenir o atenuar una amenaza seria contra la salud o la seguridad. No obstante, cualquier transmisión sería solamente a alguien capaz de prevenir o evitar dicha amenaza.

Funciones Gubernamentales Especializadas: Podremos compartir su PHI con oficiales federales autorizados para el conducto de información secreta debidamente autorizado por la ley.

Indemnización Laboral: Podremos transmitir su PHI según nos autoriza la ley y hasta el punto necesario para cumplir con las leyes sobre la indemnización laboral o programas similares que proveen beneficios debido a lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo.

Investigación: Podremos usar o transmitir información sobre su salud para investigación, sujeto a ciertas condiciones. Por ejemplo, podremos proveer su PHI a una entidad para analizar patrones de utilización siempre que la entidad receptora cumpla con todos los requisitos legales aplicables a PHI sobre la cual el paciente no haya dado ninguna autorización.

Otros Usos de Información sobre la Salud: Otros usos y transmisiones de su PHI no cubiertos por este Aviso o leyes aplicables a nosotros se harán sólo por medio de su autorización por escrito. Si usted nos da una autorización, usted podrá revocar esa autorización, por escrito, en cualquier tiempo para parar cualquier uso o transmisión futura. Si usted revoca esa autorización, nosotros no usaremos ni transmitiremos más información sobre su salud por las razones cubiertas por su autorización escrita. No podremos retractar ningunas transmisiones que hayamos hecho anteriormente con su autorización.

CUÁLES SON SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos relacionados a la información sobre la salud que la Empresa mantiene acerca de usted:

Usted tiene el derecho de inspeccionar una copia de sus datos sobre la salud: Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información que mantenemos acerca de usted en el lugar designado para sus datos (“datos sobre la salud”). Sus datos sobre la salud típicamente incluyen información sobre reclamaciones y pagos. **La petición para inspeccionar y copiar estos datos deberá hacerse por escrito al Departamento de Cumplimiento al domicilio indicado abajo.** Si usted pide una copia de esta información, podremos cobrarle una cuota razonable por los costos de copia, envío y otros materiales asociados. En ciertas situaciones, podríamos negar su petición para inspeccionar una copia u obtener una copia de su información. Si recibe una negación de acceso a su PHI, usted podrá requerir que dicha negación sea revisada sometiendo una petición escrita al Departamento de Cumplimiento al domicilio indicado abajo.

Usted tiene el derecho a pedirnos que hagamos cambios a sus datos sobre la salud: Si considera que cualquier información sobre la salud que tenemos acerca de usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que hagamos cambios a esta información. Estos cambios son conocidos como “enmiendas.” Usted tiene el derecho a pedir una enmienda durante todo el tiempo que nosotros mantengamos dicha información acerca de usted. **Para pedir una enmienda, su petición deberá hacerse por escrito e incluir una razón que apoye el cambio requerido. Por favor someta la petición al Departamento de Cumplimiento al domicilio indicado abajo.** Nosotros podríamos negar su petición para una enmienda si la petición no es por escrito o no incluye una razón. También podríamos negar su petición para enmendar su información sobre la salud si comprende datos sobre la salud que:

- No hayan sido creados por nosotros, a menos que la persona que de hecho haya creado la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No sea parte de la información que a usted le fuese permitido inspeccionar y copiar;
- No sea parte de los datos sobre la salud mantenidos por nosotros; o
- Sean correctos y completos.

Nosotros estamos requeridos a enmendar su PHI, pero si negamos su petición, le proveeremos la información acerca de nuestra negación y cómo usted puede disputar dicha negación.

Usted tiene derecho a recibir una explicación acerca de ciertas transmisiones: Usted podrá requerir una explicación de transmisiones de su PHI que nosotros hayamos hecho, excepto para transmisiones que nosotros hayamos hecho a usted o conforme con su autorización escrita, o que hayan sido hechas para tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de la salud, seguridad nacional o incidente a otras transmisiones permisibles. **Usted deberá somete su petición por escrito al Departamento de Cumplimiento al domicilio indicado abajo.** Su petición deberá especificar un período de tiempo de seis años. Nosotros le proveeremos una lista de transmisiones por período de 12 meses sin cargo alguno; podríamos cobrarle por listas adicionales.

Usted tiene derecho a pedirnos que limitemos el uso o transmisión de su información: Usted tiene el derecho a pedirnos que limitemos la información acerca de usted que usamos o transmitimos para pago u operaciones de cuidados de la salud. Usted también tiene el derecho a pedirnos que controlemos la información que podamos transmitir a alguien que esté involucrado con su cuidado o con el pago para su cuidado. **Por favor tome nota que, con excepciones limitadas, nosotros no estamos requeridos a estar de acuerdo con estas restricciones. Para pedir restricciones, usted deberá hacer su petición por escrito al Departamento de Cumplimiento al domicilio indicado abajo. En su petición escrita, usted deberá indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea que limitemos nuestro uso, transmisión, o ambas cosas; y (3) a quién desea usted que se apliquen estos límites (por ejemplo, transmisiones a su esposo/a).**

Usted tiene derecho a pedir recibir comunicaciones confidenciales de información: Si usted supone que podría ser lastimado en cualquier forma si le enviamos información sobre la salud a su domicilio de correos presente (por ejemplo, en situaciones de disputas domésticas), usted puede pedir que le enviemos dicha información por medios alternativos (por ejemplo, por fax o correo electrónico) o a un domicilio alternativo.

Nosotros adecuaremos sus peticiones razonables de recibir comunicaciones de nosotros por medios alternativos o a lugares alternativos hasta el punto en que nuestro sistema de manejo de reclamaciones tenga la capacidad. Además, nosotros no le preguntaremos la razón para su petición. **Para pedir comunicaciones confidenciales, usted deberá enviar una petición por escrito al Departamento de Cumplimiento al domicilio indicado abajo. Su petición deberá especificar cómo y dónde usted desea ser contactado.**

Usted tiene derecho a recibir una copia de papel de este Aviso a petición suya: Usted puede pedirnos que le demos una copia de este Aviso en cualquier tiempo. Aún cuando usted haya acordado recibir este Aviso electrónicamente, usted tiene derecho a obtener una copia de papel de este Aviso de nuestra parte a petición suya.

Usted puede también obtener una copia de la versión presente de Aviso sobre Prácticas Privadas y Derechos de la Empresa en su página de Internet en www.deltadentalil.com

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nosotros podremos enmendar este Aviso sobre Prácticas Privadas en cualquier tiempo en el futuro y hacer las provisiones del nuevo Aviso efectivas para todos los PHI que mantenemos. Nosotros le avisaremos sobre cualquier cambio significativo al Aviso. Nosotros estamos requeridos por ley a cumplir con la versión presente de este Aviso.

QUEJAS

Si usted considera que sus derechos de privacidad o derechos de notificación en el evento de un incumplimiento de su PHI han sido violados, usted puede someter una queja con nosotros o con la Oficina de Derechos Civiles (siglas en inglés “OCR”). Las quejas acerca de este Aviso o sobre cómo manejamos su PHI deberán ser sometidas por escrito al Departamento de Cumplimiento al domicilio indicado abajo.

Cualquier queja a la Oficina de Derechos Civiles deberá enviarse a: Office of Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services, 233 North Michigan Avenue, Suite 240, Chicago, Illinois 60601, 312-886-2359; 312-353-5693 (TDD - Para personas con problemas auditivos); 312-886-1807 (fax). Usted puede también visitar el sitio de Internet de OCR en <http://www.hhs.gov/ocr/privacyhow>. Usted no será penalizado, ni de manera alguna será recriminado por someter una queja con nosotros o con la Oficina de Derechos Civiles.

PETICIONES POR ESCRITO

Envíe todas las peticiones por escrito acerca de este Aviso de Prácticas Privadas a:

Compliance Department
Delta Dental of Illinois
111 Shuman Boulevard
Naperville, Illinois 60563

INFORMACIÓN ADICIONAL

Usted tiene el derecho a preguntarnos acerca de asuntos cubiertos por este Aviso. Para hacerlo, por favor comuníquese con el Departamento de Cumplimiento al domicilio indicado arriba, por correo electrónico a compliance@deltadentalil.com, o por teléfono al (630) 718-4807.