

## Notice of HIPAA Privacy Practices

---

### Your Information. Your Rights. Our Responsibilities.

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

#### YOUR RIGHTS

**When it comes to your health information, you have certain rights.** This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

#### Get a copy of health and claims records

- You can ask to see or get a copy of your health and claims records and other health information we have about you. Ask us how to do this.
- We will provide a copy or a summary of your health and claims records, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.

#### Ask us to correct health and claims records

- You can ask us to correct your health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
- We may say "no" to your request, but we will tell you why in writing within 60 days.

#### Request confidential communications

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
- We will consider all reasonable requests, and must say "yes" if you tell us you would be in danger if we do not.

#### Ask us to limit what we use or share.

- You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations.
- We are not required to agree to your request, and we may say "no" if it would affect your care.

#### Get a list of those with whom we've shared information

- You can ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why.
- We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We'll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

#### Get a copy of this privacy notice

- You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

#### Choose someone to act for you

- If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

#### File a complaint if you feel your rights are violated

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information at the end of this document.
- You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1- 877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- We will not retaliate against you for filing a complaint.

## **YOUR CHOICES**

**For certain health information, you can tell us your choices about what we share.** If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care
- Share information in a disaster relief situation

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

We never share your information for marketing purposes unless you give us written permission. We never sell your personal information.

## **OUR USES AND DISCLOSURES**

### **How do we typically use or share your health information?**

We typically use or share your health information in the following ways.

#### **Help manage the health care treatment you receive**

- We can use your health information and share it with professionals who are treating you.

*Example:* A dentist sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services.

#### **Run our organization**

- We can use and disclose your information to run our organization and contact you when necessary.
- We are not allowed to use genetic information to decide whether we will give you coverage and the price of that coverage. This does not apply to long term care plans.

*Example:* We use health information about you to develop better services for you.

#### **Pay for your health services**

- We can use and disclose your health information as we pay for your health services.

*Example:* We share information about you with your medical plan to coordinate payment for your medical care.

#### **Administer your plan**

- We may disclose your health information to your health plan sponsor for plan administration.

*Example:* Your company contracts with us to provide a dental plan, and we provide your company with certain statistics to explain the premiums we charge.

## **HOW ELSE CAN WE USE OR SHARE YOUR HEALTH INFORMATION?**

We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### **Help with public health and safety issues**

We can share health information about you for certain situations such as:

- Preventing disease
- Helping with product recalls
- Reporting adverse reactions to medications
- Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
- Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety

#### **Do research**

- We can use or share your information for health research.

#### **Comply with the law**

- We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.

**Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director**

- We can share health information about you with organ procurement organizations.
- We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

**Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests**

We can use or share health information about you:

- For workers' compensation claims
- For law enforcement purposes or with a law enforcement official
- With health oversight agencies for activities authorized by law
- For special government functions such as military, national security, and presidential protective services

**Respond to lawsuits and legal actions**

- We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

**OUR RESPONSIBILITIES**

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**CHANGES TO THE TERMS OF THIS NOTICE**

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, on our website, and we will mail a copy to you. This notice is effective as of April 20, 2024.

**CONTACT US:**

**Delta Dental of Arizona has designated a Privacy Officer to oversee the administration of privacy rules, to receive complaints, and to be able to provide further information about matters covered by this Notice. The Privacy Officer may be contacted at:**

Delta Dental of Arizona  
Attn: Privacy Officer  
14850 N. Scottsdale Rd., Ste. 400  
Scottsdale, AZ 85254  
Phone: 800.352.6132  
Email: [customerservice@deltadentalaz.com](mailto:customerservice@deltadentalaz.com)

## Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

### Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

#### SUS DERECHOS

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### Obtener una copia de los expedientes y reclamaciones de salud

- Usted puede ver u obtener una copia de sus **expedientes y reclamaciones de salud** y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes y reclamaciones de salud, por lo general en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el coste.

#### Solicitar que corrijamos los expedientes y reclamaciones de salud

- Usted nos puede pedir que corrijamos sus expedientes y reclamaciones de salud si cree que están incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Puede que le respondamos «no» a su solicitud, pero le explicaremos por qué por escrito en un plazo de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedir que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que se le envíe el correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las peticiones razonables, y tenemos que decir «sí» en el caso que nos dice que usted estaría en peligro si no lo hiciéramos.

#### Puede pedir que limitemos lo que usamos o divulgamos.

- Usted nos puede pedir que no usemos ni divulguemos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a acceder su solicitud y podemos decir «no» si esto afectaría su tratamiento.

#### Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años antes de la fecha en que usted lo pide, con quién la compartimos y por qué.

- Incluimos todas las divulgaciones excepto las que son relativas al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos una contabilidad al año gratis, pero cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo si usted pide otra contabilidad dentro de 12 meses.

#### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha concedido recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia sin demora.

#### Elegir a alguien para que actúe por usted

- Si usted le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que dicha persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

#### Presentar una queja si siente que sus derechos fueron violados

- Si usted siente que hemos violado sus derechos, puede quejarse usando la información al final de este documento para comunicarse con nosotros.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

#### SUS OPCIONES

**Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos.** Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedir que:

- Divulguemos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su cuidado.
- Su información sea compartida en situaciones de rescate en casos de desastres.

*Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos tomar la decisión de compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.*

Nunca compartimos su información con fines de marketing a menos que usted nos dé permiso por escrito. Nunca vendemos su información personal.

## **NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**

### **¿Cómo solemos usar o divulgar su información de salud?**

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

#### **Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe usted**

- Podemos usar su información de salud y compartirla con profesionales que le están tratando.

*Ejemplo:* Un dentista nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos arreglar servicios adicionales.

#### **Dirigir nuestra organización**

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para determinar si o no le daremos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

*Ejemplo:* utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

#### **Pagar por sus servicios de salud**

- Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.

*Ejemplo:* Compartimos información sobre usted con su plan médico para coordinar el pago de su atención médica.

#### **Administrar su plan**

- Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

*Ejemplo:* Su compañía contrata con nosotros para proveer un plan de seguro dental, y le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

### **¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD?**

Se nos permite o se nos requiere compartir su información de otras maneras; generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder divulgar su información para estos propósitos. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Ayudar con temas de salud y seguridad pública**

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con la retirada de productos
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

### **Realizar investigaciones**

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

### **Cumplir con la ley**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un examinador médico o director de funeral**

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.

Podemos compartir información de salud con un forense, examinador médico o director de funeral cuando muere un individuo.

### **Atender a cualquier solicitud tocante a la compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otros servicios del gobierno**

Podemos usar o divulgar su información de salud:

- Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno, tales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

### **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos divulgar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos inmediatamente si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y darle una copia de esta.
- No usaremos ni compartiremos su información que no sea la descrita aquí, a menos que nos dé permiso por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO**

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo. Esta notificación es vigente a partir del 20º de abril de 2024.

### **CONTACTO:**

**Delta Dental de Arizona ha designado un oficial de privacidad para supervisar la administración de las reglas de privacidad, para recibir quejas y para poder proporcionar más información sobre asuntos cubiertos por este aviso. Se puede comunicar con el oficial de privacidad a la siguiente dirección:**

Delta Dental of Arizona  
Attn: Privacy Officer  
14850 N. Scottsdale Rd., Ste. 400  
Scottsdale, AZ 85254  
Teléfono: 800.352.6132  
Correo electrónico:  
[customerservice@deltadentalaz.com](mailto:customerservice@deltadentalaz.com)