
Aviso sobre prácticas de privacidad

PRÁCTICA DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE BIENESTAR DENTAL

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN LA QUE SE USARÁ Y DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Vigencia: 16 de febrero de 2026
Delta Dental of Iowa Privacy Official
P.O. Box 9040
Johnston, IA 50131-9040
1-888-472-2793

1. Nuestros usos y divulgaciones

Su información médica puede usarse o compartirse en momentos diferentes sin que usted aceptase que se compartiese. Esta sección enumera las maneras siguientes en que podemos usar o compartir su información médica sin su permiso o autorización:

<p>Ayuda a administrar el tratamiento de atención médica que recibe:</p>	<ul style="list-style-type: none">• Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que le están tratando. <p>Ejemplo: un dentista nos envía información sobre su plan de tratamiento para explicarle con más detalle por qué se necesitan los servicios.</p> <ul style="list-style-type: none">• Podemos comunicarnos con usted para recordarle las citas. También podemos proporcionar recomendaciones para las otras opciones de tratamiento y beneficios y servicios adicionales que puedan ser de su interés.
<p>Operaciones de atención médica:</p>	<ul style="list-style-type: none">• Podemos usar y divulgar su información para operaciones de atención médica y comunicarnos con usted cuando fuese necesario.• No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proporcionaremos cobertura y el precio de dicha cobertura. <p>Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.</p>
<p>Pago por sus servicios:</p>	<ul style="list-style-type: none">• Podemos usar y divulgar su información médica a medida que pagamos por sus servicios de salud. <p>Ejemplo: compartimos información sobre usted con su dentista para coordinar el pago de su trabajo dental.</p>
<p>Ayuda con problemas de salud y seguridad pública:</p>	<p>Podemos compartir información médica sobre usted para determinadas situaciones, como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• prevención o control de enfermedades;• ayuda con retiros de productos;• informar de reacciones adversas a los medicamentos;

	<ul style="list-style-type: none">• denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica;• ayudar con una lesión relacionada con el trabajo;• comprobante de registros de vacunación;• prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
Para fines de investigación:	<ul style="list-style-type: none">• Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.
Cumplir con las leyes:	<ul style="list-style-type: none">• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requiriesen, incluso, con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) si el Departamento deseara ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.
Responder a solicitudes y trabajar con un examinador médico o director funerario y solicitudes para fines de donación de órganos, ojos o tejidos:	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director funerario cuando una persona muere. Además, su información puede compartirse con una organización de obtención de órganos con fines de donación de órganos.
Atender las solicitudes de indemnización laboral, de las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales:	<ul style="list-style-type: none">• Podemos usar o compartir información médica sobre usted:• para reclamos de compensación laboral;• con fines de aplicación de las leyes o con funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes;• con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por las leyes;• para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial;• con instituciones correccionales, si usted fuese un recluso

<p>Responder a demandas y acciones legales:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a órdenes judiciales o administrativas o en respuesta a una citación.
<p>Uso y divulgación de la información sobre su tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Podemos obtener información sobre usted de un programa SUD. Solo utilizaremos o compartiremos esta información de la forma en que usted hubiese indicado al programa SUD que puede utilizarse o compartirse. Podemos usar o compartir esta información para ayudar a administrar su atención, administrar nuestro plan y pagar los servicios. No usaremos ni compartiremos la información por ningún motivo, a menos que usted lo hubiese aceptado o que las leyes lo permitiesen. No podemos usar ni compartir sus registros de SUD en casos legales en su contra, a menos que nos otorgase su consentimiento por escrito. Es posible que tuviéramos que compartirlos si un tribunal lo ordenase. El tribunal debe notificarle si lo ordenase y darle la oportunidad de responder.
<p>¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras formas, normalmente de manera que beneficiara al público, como por ejemplo, para apoyar la salud pública, administrar su plan o realizar investigaciones. Debemos cumplir con muchas condiciones de las leyes antes de poder compartir su información para estos fines. Estas formas adicionales pueden relacionarse con lo siguiente: actividades de recaudación de fondos: podemos divulgar su información médica para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica. Si nos comunicáramos con usted para usar su información, tendrá la oportunidad de excluirse o dejar de recibir estas comunicaciones si lo deseara. Administración de su plan: podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para su administración. Por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa tiene un contrato con nosotros para proporcionar beneficios dentales y nosotros les

	<p>proporcionamos información sobre los servicios que usted recibió.</p> <ul style="list-style-type: none">• Fines de suscripción: si usáramos su información médica para fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre la solicitud de cobertura, no podemos usar ninguna información médica relacionada con la información genética durante el proceso.• Para obtener más información, consulte: https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html
¿Qué sucede después de que se comparte su información médica?	<ul style="list-style-type: none">• Si compartiéramos su información médica según lo permitido por este Aviso, la persona que la recibiese puede compartirla nuevamente. Si la compartiesen, es posible que ya no estuviese protegida por las leyes federales de privacidad.

2. Sus opciones

Para cierta información médica, puede informarnos sus opciones con lo que compartimos. Este es su derecho. Si tuviese una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

<p>Estos son ejemplos en los que puede decirnos su elección con respecto a si la información se comparte o no:</p>	<ul style="list-style-type: none">• compartir información con su familia u otras personas involucradas en el pago o su atención;• compartir información en una situación de ayuda en caso de desastre.
<p>Estos son ejemplos de cuando no podría indicar su elección y nosotros tendríamos que decidir:</p>	<ul style="list-style-type: none">• Si no pudiese comunicarnos su preferencia, por ejemplo, si se encontrase inconsciente, podemos proceder a compartir su información si creyéramos que es lo mejor para usted.• También podemos compartir su información cuando fuese necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
<p>Estos son ejemplos de cuando nunca compartiríamos su información a menos que nos otorgase su permiso por escrito:</p>	<ul style="list-style-type: none">• fines de mercadotecnia;• venta de su información;• notas de psicoterapia. <p>Si otorgase su autorización para cualquiera de los anteriores, puede revocar dicha autorización en cualquier momento.</p>

3. Sus derechos

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

<p>Derecho a solicitar una copia de los registros de salud y reclamos:</p>	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar ver u obtener una copia de su historial médico y de reclamos y otra información médica que tuviéramos sobre usted. Su solicitud debe realizarse por escrito. Debe incluir un motivo para respaldar la solicitud.• Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos.• Para revisar o solicitar una copia de sus registros, envíe una solicitud por escrito a: Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040• Podemos rechazar su solicitud, pero le comunicaremos los motivos por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud. Si rechazáramos su solicitud, podrá solicitar que se revisara la denegación o presentar un reclamo.
<p>Derecho a solicitarnos que corrijamos los registros de salud y reclamos:</p>	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitarnos que corrijamos sus registros de salud y reclamos si creyese que son incorrectos o están incompletos. Su solicitud debe realizarse por escrito. Debe incluir un motivo para respaldar la solicitud. Responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días.• Envíe su solicitud por escrito con los motivos del cambio a: Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040• Podemos rechazar su solicitud, pero le comunicaremos los motivos por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud. Si rechazáramos su solicitud, podrá

	<p>solicitar que se revisara la denegación o presentar un reclamo.</p>
<p>Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, a menos que nos diese permiso por escrito:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede pedirnos que nos comunicáramos con usted de una manera específica. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por teléfono particular u oficina o que le enviemos correo a una dirección diferente. • Consideraremos todas las solicitudes razonables. Debemos aceptar su solicitud si nos indicase que correría peligro si no lo hiciéramos. Su solicitud debe presentarse por escrito. Debe incluir cómo o dónde desea que se comuniquen con usted. • Envíe su solicitud por escrito a: <p style="margin-left: 20px;">Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040</p>
<p>Derecho a pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. • Su solicitud debe realizarse por escrito. Debe decirnos: <ul style="list-style-type: none"> • qué información limitar; • si vamos a limitar nuestro uso, la divulgación o ambos; • a quién desea que se apliquen los límites. Por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge. • Envíe su solicitud por escrito a: <p style="margin-left: 20px;">Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040</p> • No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla si afectase a su atención o a la necesidad de un tratamiento de urgencia.
<p>Derecho a obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante los últimos seis años anteriores a la fecha en que la solicitase. También puede solicitar una lista por un período inferior a seis años anteriores a la fecha en que la solicitase. Su solicitud debe realizarse por escrito. La lista que recibirá de nosotros incluirá la información siguiente:

	<ul style="list-style-type: none">• la fecha en que se compartió la información;• el nombre y la dirección con quien compartimos la información;• un resumen de qué información se compartió;• un resumen de por qué se compartió la información• Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y otras divulgaciones determinadas (como las que nos pidió que hiciéramos).• Envíe su solicitud por escrito a: Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040• Le proporcionaremos una lista dentro de los 60 días de su solicitud. Proporcionaremos una lista gratuita durante un período de 12 meses. Podemos cobrar un cargo razonable basado en costos si solicitase otra lista dentro del período de 12 meses.• Le notificaremos este costo. Puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se le cobre.
Derecho a obtener una copia de este aviso de privacidad:	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso, si hubiese aceptado recibir el aviso de maneara electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.• Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web: https://www.deltadentalia.com/dwp/resources.• Para obtener una copia impresa, comuníquese con: Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040
Elija a alguien para que actúe por usted:	<ul style="list-style-type: none">• Si le hubiese otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien fuese su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

	<ul style="list-style-type: none">Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
Presente una queja si considerase que se violan sus derechos:	<ul style="list-style-type: none">Puede presentar una queja si considerase que hemos violado sus derechos enviando una carta a: Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Envíe una carta a:<ul style="list-style-type: none">U.S. Department of Health and Human ServicesOffice of Civil Rights200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201Teléfono: 1-877-696-6775 o al visitar: https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.htmlNO TOMAREMOS REPRESALIAS CONTRA USTED SI PRESENTASE UNA QUEJA.

4. Nuestras responsabilidades

Somos responsables y estamos comprometidos a proteger su información médica. Este Aviso está disponible para que lo vea en todo momento en su Manual para miembros de DWP y en nuestro sitio web en www.deltadentalia.com/dwp/about-dwp/resources--forms/. Este es nuestro compromiso con usted:

- Las leyes nos exigen mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produjese una violación que pudiese haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y darle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no fuese la descrita aquí, a menos que nos informase que podemos hacerlo por escrito. Si nos diese su consentimiento, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambiase de opinión.

Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html>

4.1 Cambios en los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tuviéramos sobre usted. El Aviso nuevo estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo. El Aviso contendrá la fecha de entrada en vigencia en la primera página, en la esquina inferior izquierda.

4.2 Información de contacto

Si tiene alguna pregunta con respecto a este Aviso o a sus derechos sobre su información médica, comuníquese con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información que se indica a continuación.

Dir.:

Delta Dental of Iowa Privacy Official
P.O. Box 9040

Johnston, IA 50131-9040
Por teléfono: 1-888-472-2793

Aviso federal requerido de Delta Dental of Iowa - Declaración de no discriminación y aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

Declaración de no discriminación

Delta Dental of Iowa cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. No discriminamos a las personas debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Esto significa que no le trataremos de manera diferente debido a estas cosas. Para revisar nuestro aviso de no discriminación completo, visite www.deltadentalia.com/nondiscrimination.

Servicios de asistencia lingüística: comunicarse con usted es importante para nosotros.

English: ATTENTION: If you do not speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) or speak to your provider.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas disponibles para usted. También tiene a disposición, y sin cargo, ayudas y servicios auxiliares adecuados para brindar información en formatos accesibles. Llame al 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) o hable con su proveedor.

Arabic (العربية): تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. تتوفر أيضًا الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-888-472-2793 (الهاتف النصي: 1-888-287-7312) أو تحدث إلى مقدم الرعاية المتابع لك.

Chinese (中文): 注意：如果您说中文，您可以享受免费语言帮助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电1-888-472-2793（TTY：1-888-287-7312）或联系您的医疗服务提供者。

French (Français): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-888-472-2793 (TTY : 1-888-287-7312) ou parlez à votre fournisseur.

German (Deutsch): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen eventuell ein kostenloser Sprach-Hilfsdienst zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक सहायता और सेवाएं भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Karen (ကညီကျိာ်): ဟံသုဉ်ဟံသး-နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကျိာ်အဟံ, အိၣ်ဒီး ကျိာ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤတၢ်မၤ လၢတလိၣ်တၢ်ဟ့ၣ်တၢ်ဘူးတၢ်လဲ လၢနဂီၢ်လီၤ. အိၣ်စ့ၢ်ကိးဒီး တၢ်မၤန့ၢ် တၢ်မၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီ လၢအကြးအဘၣ် ဒီးတၢ်မၤတၢ်မၤ လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်န့ၢ်ပၢ်အီၤသ့ အက့ၢ်အဂီၤ လၢတလိၣ်တၢ်ဟ့ၣ်တၢ်ဘူးတၢ်လဲန့ၢ်လီၤ. ကိး 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) မ့တမ့ၢ် ကတိၤတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၢ်တက့ၢ်.

Korean (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 제공해 드릴 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-888-472-2793(TTY: 1-888-287-7312) 번으로 전화하거나 서비스 제공자와 상의하십시오.

Laotian (ພາສາລາວ): ເຖົ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ບໍລິການທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ກໍມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານບໍ່ເສຍຄ່ານຳອີກ. ໂທຫາເບີ 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): WICH DICH: Wann du Deitsch schwetzscht, kenne mer dich helfe mit die Schprooch, unni as es dich ennich eppes koschde zellt. Mir kenne dich Information griege in en latt differnti Wege so as du alles verschtehe kanschd was du wisse brauchscht. Des koscht dich aa nix. Call 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) odder schwetz mit dei Provider.

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском языке, то вам бесплатно доступны услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах также доступны бесплатно. Позвоните по телефону 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Serbo-Croatian (Srbija): PAŽNJA: Ako govorite srpski jezik, dostupne su Vam besplatne usluge pomoći oko jezika. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u dostupnim formatima takođe su dostupni besplatno. Pozovite 1-888-472-2793 (teleprinter: 1-888-287- 7312) ili razgovarajte sa svojim dobavljačem.

Tagalog (Tagalog): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyon pang pantulong sa wika. Magagamit rin nang walang bayad ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay ng serbisyo.

Thai (ไทย) - โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณจะได้รับการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือช่วยและบริการเสริมที่เหมาะสมเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่ เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โทร 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) หรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Vietnamese (Tiếng Việt): LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Các dịch vụ và thiết bị hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-888-472-2793 (TTY: 1-888-287-7312) hoặc nói chuyện với người chăm sóc của quý vị.

For telephone accessibility assistance if you are deaf, hard-of-hearing, deaf-blind, or have difficulty speaking, call TTY:1-888-287-7312.

Para recibir asistencia de accesibilidad por teléfono si es sordo, tiene problemas de audición, es sordociego o tiene dificultades para hablar, llame al TTY: 1-888-287-7312.