

Healthy Moves | Mejorar la salud



Make the most of your coverage

We appreciate you being a member of Superior HealthPlan. We want to help you get well and stay well.

As a member, you have many benefits. Be sure you understand them so you can get the most from Superior.

Did you know that we can help you find a doctor and help you get to your appointments? Also, important health tests cost you nothing when you visit providers who work with Superior.

Member Services can assist in many ways. Call if you have any questions about your care or your coverage. Or if you need a paper copy of anything on our website. You can also learn a lot from your member handbook. Member Services can send you a member handbook or Superior Member ID card if you lose yours.

Call Member Services. Or visit www.SuperiorHealthPlan.com.

Aproveche al máximo su cobertura

Apreciamos que sea miembro de Superior HealthPlan. Queremos ayudarlo a recuperarse y mantenerse en buen estado de salud.

Como miembro, usted tiene muchos beneficios. Asegúrese de comprenderlos para que pueda sacarle el máximo provecho a Superior.

¿Sabía que podíamos ayudarlo a encontrar a un médico y a trasladarse a sus citas? Además, los exámenes importantes de salud no le cuestan nada cuando consulta a los proveedores que trabajan con Superior.

Servicios para miembros puede asistirle de muchas formas. Llame si tiene preguntas sobre su atención o su cobertura. O si necesita una copia impresa de algo en nuestro sitio web. También puede aprender mucho del manual para miembros. Servicios para miembros puede enviarle un manual o una tarjeta de identificación de miembro de Superior en caso de que los pierda.

Llame a Servicios para miembros. O consulte www.SuperiorHealthPlan.com.

Member Services phone numbers / Números de teléfono de Servicios para miembros

STAR/CHIP 1-800-783-5386 ▪ STAR MRSA 1-877-644-4494 ▪ CHIP RSA 1-800-820-5685
STAR+PLUS 1-866-516-4501 ▪ STAR Kids 1-844-590-4883

Checkups help you stay well

Checkups help you stay ahead of health problems.

They are a time for you and your doctor to:

- Discuss how you are feeling.
- Measure signs of your health, such as your weight and your blood pressure.
- Schedule health tests, such as cancer screenings.
- Talk about ways to eat better and be active.
- Review any chronic illnesses. For example, do you have asthma? Are your symptoms under control?
- Tell your doctor about your other providers. For example, are you seeing a specialist?

How to prepare for your next checkup:

- Write down your questions.
- Make a list of your medications. Include over-the-counter and prescription drugs.
- Ask yourself, am I taking my medicine properly? Am I having side effects?

Lastly, do not forget to bring your Superior Member ID card.

Giving you our best

Superior works hard to give you the best care. Each year the Quality Improvement (QI) Department finds new ways to do just that. The QI Department does this by setting goals. In 2016, we set goals like making sure members get the care they need quickly. Another goal was to make sure members get their well-check visits and health screenings. Superior also set a goal to achieve a 4-star rating from the National Committee for Quality Assurance (NCQA) for our Medicaid products.

Superior created a special task force focused on member satisfaction. The task force reviewed survey results and decided which areas we needed to work on. It created an action plan and tracked progress made toward our goals. The 2016 survey results show that members are getting needed care and getting it quickly. We sent letters and made phone calls to remind members to get their well-check visits and health screenings. As a result, more members completed well-check visits and health screenings.

Superior earned a score of 4.0 on a 5.0 scale on the NCQA's Medicaid Health Insurance Plan Ratings for 2016–2017, the only Medicaid health plan in Texas to do so. This makes Superior the top-rated Medicaid plan in Texas.

These are just some of the ways that we work to provide you quality health care. To learn more about our goals or the QI Department, call Member Services or visit www.SuperiorHealthPlan.com.

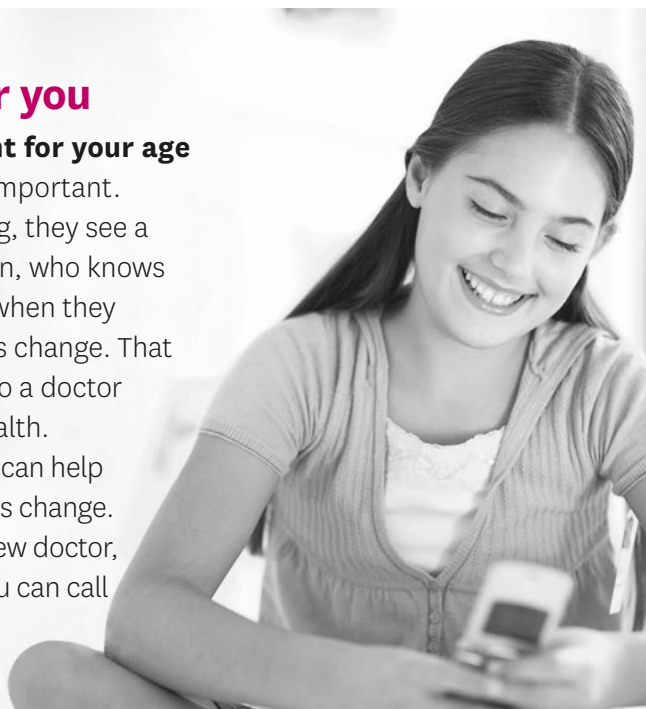
The right care for you

Getting care that is right for your age

and your health needs is important.

When your kids are young, they see a doctor, called a pediatrician, who knows all about kids' health. But when they grow up, their health needs change. That is when it is time to move to a doctor who knows about adult health.

Your doctor and Superior can help you and your child make this change. If you need help finding a new doctor, talk with your doctor. Or you can call Member Services.



Good health includes behavioral health

Good health is not just about looking and feeling good physically. It is also about looking and feeling good emotionally. Superior offers behavioral health-care services for emotional health-care needs. Behavioral health services can help if you feel depressed or anxious. They can also help if you have a drug or alcohol problem. To learn more about behavioral health services, contact Member Services.

Los chequeos médicos le ayudan a mantenerse en buen estado

Los chequeos médicos le permiten anticiparse a sus problemas de salud. Son un espacio que tienen usted y su médico para:

- Ventilar cómo se siente.
- Medir los signos de su salud, tales como peso y presión sanguínea.
- Programar exámenes de salud, tales como pruebas de detección de cáncer.
- Hablar sobre las maneras de comer mejor y de estar activo.
- Revisar cualquier enfermedad crónica. Por ejemplo, ¿sufre usted de asma? ¿Están sus síntomas bajo control?
- Dígale a su doctor acerca de sus otros proveedores. Por ejemplo, ¿usted ve a un especialista?

Cómo prepararse para su próxima revisión:

- Escriba sus preguntas.
- Haga una lista de sus medicamentos. Incluya los medicamentos de prescripción y los de venta libre.
- Pregúntese, ¿está tomándose apropiadamente sus medicamentos? ¿Está experimentando algún efecto secundario?

Por último, no olvide traer su tarjeta de identificación como miembro de Superior.

Dándole lo mejor de nosotros

Superior trabaja arduamente para brindarle la mejor atención. Cada año, el Departamento de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement, QI) encuentra maneras nuevas de hacer exactamente eso. El departamento de QI hace esto estableciendo metas. En 2016, establecimos metas, tales como asegurarnos de que nuestros miembros obtengan rápidamente los cuidados que necesitan. Otra meta fue asegurarnos de que nuestros miembros obtengan sus consultas de chequeo y sus exámenes de salud. Superior también estableció la meta de lograr una calificación de 4 estrellas del Comité Nacional de Aseguramiento de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para nuestros productos de Medicaid.

Superior creó un equipo de trabajo dedicado a la satisfacción de nuestros miembros. El equipo de trabajo revisó los resultados de las encuestas y decidió en qué áreas necesitamos mejorar. Creó un plan de acción y realizó un seguimiento del avance que hemos logrado hacia nuestras metas. Los resultados de las encuestas de este año muestran que los miembros están obteniendo la asistencia médica que necesitan y que la están obteniendo rápidamente. Enviamos cartas y realizamos llamadas telefónicas para recordarles a los miembros que obtengan sus consultas de bienestar y sus exámenes de salud. Como resultado, más miembros realizaron sus consultas de bienestar y sus exámenes de salud.

Superior es el único plan médico de Medicaid en Texas en obtener una puntuación de 4.0 en la escala de 5.0 de las Clasificaciones de Planes Médicos de Medicaid de NCQA para el 2016-2017. Esto hace que Superior sea el plan mejor calificado de Medicaid en Texas.

Estas son solo algunas de las maneras en las que trabajamos para proporcionarle un servicio de asistencia médica de calidad. Para obtener más información acerca de nuestras metas o del departamento de QI, llame a los Servicios para miembros o visite la página www.SuperiorHealthPlan.com.

La atención apropiada para usted

Es importante que obtenga asistencia médica apropiada para su edad y su estado de salud.

Cuando sus hijos son jóvenes, ven a un médico que lo sabe todo acerca de la salud de los niños; se llama pediatra. Pero cuando crecen, sus necesidades de salud cambian. Este es el momento de recurrir a un doctor que sepa acerca de la salud de los adultos.

Su médico y Superior pueden ayudarle a usted y a su hijo(a) a efectuar este cambio. Si necesita ayuda para encontrar a un nuevo médico, hable con su médico. O llame a Servicios para miembros.

La buena salud incluye la salud mental

La buena salud no trata solamente de lucir y sentirse bien físicamente. También trata de sentirse bien emocionalmente. Superior le ofrece servicios de atención médica para sus necesidades de salud emocional. Los servicios de salud mental pueden ayudarle si siente depresión o ansiedad. También pueden ayudarle si tiene algún problema de drogas o alcohol. Para saber más acerca de los servicios de salud mental, contacte a Servicios para miembros.

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.

Effective 7.1.2013 For help to translate or understand this, please call **1-800-783-5386**. Hearing impaired (Relay Texas) **1-800-735-2989**. Interpreter services are provided free of charge to you.

COVERED ENTITIES DUTIES:

Superior HealthPlan is a Covered Entity as defined and regulated under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Superior HealthPlan is required by law to keep the privacy of your protected health information (PHI). We must give you this Notice. It includes our legal duties and privacy practices related to your PHI. We must follow the terms of the current notice. We must let you know if there is a breach of your unsecured PHI.

This Notice describes how we may use and disclose your PHI. It describes your rights to access, change and manage your PHI. It also says how to use rights.

Superior HealthPlan can change this Notice. We reserve the right to make the revised or changed Notice effective for your PHI we already have. We can also make it effective for any of your PHI we get in the future. Superior HealthPlan will promptly update and get you this Notice whenever there is a material change to the following stated in the notice:

- ▶ The Uses and Disclosures
- ▶ Your Rights
- ▶ Our Legal Duties
- ▶ Other privacy practices stated in the notice

Updated notices will be on our website and in our Member Handbook. We will also mail you or email you a copy on request.

USES AND DISCLOSURES OF YOUR PHI:

The following is a list of how we may use or disclose your PHI without your permission or authorization:

Treatment. We may use or disclose your PHI to a physician or other health-care provider providing treatment to you. We do this to coordinate your treatment among providers. We also do this to help us with prior authorization decisions related to your benefits.

Payment. We may use and disclose your PHI to make benefit payments for the health-care services you received. We may disclose your PHI for payment purposes to another health plan, a health-care provider, or other entity. This is subject to the federal Privacy Rules. Payment activities may include:

- ▶ processing claims
- ▶ determining eligibility or coverage for claims
- ▶ issuing premium billings
- ▶ reviewing services for medical necessity
- ▶ performing utilization review of claims

Health-Care Operations. We may use and disclose your PHI to perform our health-care operations. These activities may include:

- ▶ providing customer services

- ▶ responding to complaints and appeals
- ▶ providing case management and care coordination
- ▶ conducting medical review of claims and other quality assessment
- ▶ improvement activities

In our health-care operations, we may disclose PHI to business associates. We will have written agreements to protect the privacy of your PHI with these associates. We may disclose your PHI to another entity that is subject to the federal Privacy Rules. The entity must also have a relationship with you for its health-care operations. This includes the following:

- ▶ quality assessment and improvement activities
- ▶ reviewing the competence or qualifications of health-care professionals
- ▶ case management and care coordination
- ▶ detecting or preventing health-care fraud and abuse

Appointment Reminders/Treatment Alternatives.

We may use and disclose your PHI to remind you of an appointment for treatment and medical care with us. We may also use or disclose it to give you information about treatment alternatives. We may also use or disclose it for other health-related benefits and services. For example, information on how to stop smoking or lose weight.

As Required by Law. If federal, state and/or local law requires a use or disclosure of your PHI, we may use or disclose your PHI information. We do this when the use or disclosure complies with the law. The use or disclosure is limited to the requirements of the law. There could be other laws or regulations that conflict. If this happens, we will comply with the more restrictive laws or regulations.

Public Health Activities. We may disclose your PHI to a public health authority to prevent or control disease, injury or disability. We may disclose your PHI to the Food and Drug Administration (FDA). We can do this to ensure the quality, safety or effectiveness of products or services under the control of the FDA.

Victims of Abuse and Neglect. We may disclose your PHI to a local, state or federal government authority. This includes social services or a protective services agency authorized by law to have these reports. We will do this if we have a reasonable belief of abuse, neglect or domestic violence.

Judicial and Administrative Proceedings. We may disclose your PHI in judicial and administrative proceedings. We may also disclose it in response to the following:

- ▶ an order of a court
- ▶ administrative tribunal

- ▶ subpoena
- ▶ summons
- ▶ warrant
- ▶ discovery request
- ▶ similar legal request

Law Enforcement. We may disclose your relevant PHI to law enforcement when required to do so. For example, in response to a:

- ▶ court order
- ▶ court-ordered warrant
- ▶ subpoena
- ▶ summons issued by a judicial officer
- ▶ grand jury subpoena

We may also disclose your relevant PHI to identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.

We may disclose your PHI to a coroner or medical examiner. This may be needed, for example, to determine a cause of death. We may also disclose your PHI to funeral directors, as needed, to carry out their duties.

Organ, Eye and Tissue Donation. We may disclose your PHI to organ procurement organizations. We may also disclose your PHI to those who work in procurement, banking or transplantation of:

- ▶ cadaveric organs
- ▶ eyes
- ▶ tissues

Threats to Health and Safety. We may use or disclose your PHI if we believe, in good faith, that it is needed to prevent or lessen a serious or imminent threat. This includes threats to the health or safety of a person or the public.

Specialized Government Functions. If you are a member of U.S. Armed Forces, we may disclose your PHI as required by military command authorities. We may also disclose your PHI:

- ▶ to authorized federal officials for national security
- ▶ to intelligence activities
- ▶ the Department of State for medical suitability determinations
- ▶ for protective services of the President or other authorized persons

Workers' Compensation. We may disclose your PHI to comply with laws relating to workers' compensation or other similar programs, established by law. These are programs that provide benefits for work-related injuries or illness without regard to fault.

Statement of Non-Discrimination

Superior HealthPlan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Superior does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Superior:

- **Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:**
 - o Qualified sign language interpreters
 - o Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- **Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:**
 - o Qualified interpreters
 - o Information written in other languages

If you need these services, contact Superior at the number on the back of your Superior member ID Card. (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

If you believe that Superior has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Superior HealthPlan Appeal Department
2100 South Interstate 35, Ste. 200
Austin, TX 78704

Or

**Call the number on the back of
your Superior member ID card.**
Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989
Fax: 1-800-310-0943

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Superior is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Declaración de no discriminación

Superior HealthPlan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Superior no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Superior:

- **Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:**
 - o Intérpretes calificados de lenguaje por señas
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- **Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:**
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Superior llame al número en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

Si considera que Superior no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Superior HealthPlan Appeal Department
2100 South Interstate 35, Ste. 200
Austin, TX 78704

O

**Llame al número en el reverso de su
tarjeta de identificación de afiliado.**
Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989
Fax: 1-800-310-0943

Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Superior está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SPANISH: ATENCIÓN: Si usted habla español, disponemos de servicios lingüísticos gratuitos para usted. Llame al número al dorso de su tarjeta de identificación Superior (TTY: 1-800-735-2989).

VIETNAMESE: XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp hoàn toàn miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số ở mặt sau trên thẻ ID thành viên Superior của quý vị (TTY: 1-800-735-2989).

CHINESE: 注意：如果您讲中文，可免费获得语言协助服务。请拨打您Superior会员卡背面的电话号码（文本电话：1-800-735-2989）。

KOREAN: 알림: 귀하께서 한국어를 사용하신다면, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Superior 회원 ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오(TTY: 1-800-735-2989).

ARABIC: تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فلدينا خدمات مساعدة لغوية مجانية من أجلك. اتصل بالرقم الموجود على ظهر بطاقة عضوية Superior الخاصة بك (جهاز الاتصال للصم والبكم: 1-800-735-2989)

URDU: فرمائیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو زبان میں معاونت کی خدمات آپ کو مفت میں دستیاب ہیں۔ اپنے Superior ممبر آئی ڈی کارڈ کی پشت پر موجود نمبر پر کال کریں (ٹی ٹی وائی: 1-800-735-2989)۔

TAGALOG: BIGYANG-PANSIN: kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga serbisyong pantulong sa wika na libre para sa iyo. Tawagan ang numero sa likod ng iyong ID card ng miyembro ng Superior (TTY: 1-800-735-2989).

FRENCH: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont offerts gratuitement. Appelez le numéro au dos de votre carte d'identification Superior (ATS : 1-800-735-2989).

HINDI: ध्यानार्थ: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं, आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। आपके Superior सदस्य आईडी कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर कॉल करें (TTY: 1-800-735-2989)।

PERSIAN: توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک رسانی زبانی، به صورت رایگان، آماده خدمت رسانی به شما هستند. با شماره واقع در پشت کارت شناسایی عضویت Superior خود (TTY: 1-800-735-2989) تماس بگیرید.

GERMAN: HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen ist kostenlose Unterstützung in Ihrer Landessprache für Sie verfügbar. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite der Superior Mitgliedsausweiskarte an (TTY: 1-800-735-2989).

GUJARATI: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી, ભાષા બોલતા હો તો સહાયતા સેવા, વિના મૂલ્યે, આપના માટે ઉપલબ્ધ છે. આપના Superior સભ્યપદ આઈડી કાર્ડ પાછળ આપેલા નંબર પર કોલ કરો (TTY: 1-800-735-2989)

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Подзвоните за номером, указаним на оборотной стороне Вашей членской карточки Superior (номер телетайпу: 1-800-735-2989).

JAPANESE: お知らせ：日本語でのサポートを無料でご利用いただけます。Superior会員IDカードの裏面に記載の番号（TTY：1-800-735-2989）にお電話ください

LAOTIAN: ການຊາບໃຫ້ຄວາມສົນໃຈ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ(ລາວ) ບໍ່ຮູ້ການຄວາມຊ່ອຍເຫຼືອພາສາມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໃຫ້ໂທຫາເລກທີ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງ Superior ບັດຊະມາຊິກທ່ານ (1-800-735-2989)

Emergency Situations. We may disclose your PHI in an emergency situation, or if you are unable to respond or not present. This includes to a family member, close personal friend, authorized disaster relief agency, or any other person you told us about. We will use professional judgment and experience to decide if the disclosure is in your best interests. If it is in your best interest, we will only disclose the PHI that is directly relevant to the person's involvement in your care.

Research. In some cases, we may disclose your PHI to researchers when their clinical research study has been approved. They must have safeguards in place to ensure the privacy and protection of your PHI.

VERBAL AGREEMENT TO USES AND DISCLOSURE OF YOUR PHI

We can take your verbal agreement to use and disclose your PHI to other people. This includes family members, close personal friends or any other person you identify. You can object to the use or disclosure of your PHI at the time of the request. You can give us your verbal agreement or objection in advance. You can also give it to us at the time of the use or disclosure. We will limit the use or disclosure of your PHI in these cases. We limit the information to what is directly relevant to that person's involvement in your health-care treatment or payment.

We can take your verbal agreement or objection to use and disclose your PHI in a disaster situation. We can give it to an authorized disaster relief entity. We will limit the use or disclosure of your PHI in these cases. It will be limited to notifying a family member, personal representative or other person responsible for your care of your location and general condition. You can give us your verbal agreement or objection in advance. You can also give it to us at the time of the use or disclosure of your PHI.

USES AND DISCLOSURES OF YOUR PHI THAT REQUIRE YOUR WRITTEN AUTHORIZATION

We are required to obtain your written authorization to use or disclose your PHI, with few exceptions, for the following reasons:

Sale of PHI. We will request your written approval before we make any disclosure that is deemed a sale of your PHI. A sale of your PHI means we are getting paid for disclosing the PHI in this manner.

Marketing. We will request your written approval to use or disclose your PHI for marketing purposes with limited exceptions. For example, when we have face-to-face marketing communications with you. Or, when we give promotional gifts of nominal value.

Psychotherapy Notes. We will request your written approval to use or disclose any of your psychotherapy notes that we may have on file with limited exception. For example, for certain treatment, payment or health-care operation functions.

All other uses and disclosures of your PHI not described in this Notice will be made only with your written approval. You may take back your approval at any time. The request to take back approval must be in writing. Your request to take back approval will go into effect as soon as you request it. There are two cases it won't take effect as soon as you request it. The first case is when we have already taken actions based on past approval. The second case is before we received your written request to stop.

YOUR RIGHTS

The following are your rights concerning your PHI. If you would like to use any of the following rights, please contact us. Our contact information is at the end of this Notice.

Right to Request Restrictions. You have the right to ask for restrictions on the use and disclosure of your PHI for treatment, payment or health-care operations. You can also ask for disclosures to persons involved in your care or payment of your care. This includes family members or close friends. Your request should state the restrictions you are asking for. It should also say to whom the restriction applies. We are not required to agree to this request. If we agree, we will comply with your restriction request. We will not comply if the information is needed to provide you with emergency treatment. However, we will restrict the use or disclosure of PHI for payment or health-care operations to a health plan when you have paid for the service or item out of pocket in full.

Right to Request Confidential

Communications. You have the right to ask that we communicate with you about your PHI in other ways or locations. This right only applies if the information could endanger you if it is not communicated in other ways or locations. You do not have to explain the reason for your request. However, you must state that the information could endanger you if the change is not made. We must work with your request if it is reasonable and states the other way or location where your PHI should be delivered.

Right to Access and Receive Copy of your

PHI. You have the right, with limited exceptions, to look at or get copies of your PHI contained in a designated record set. You may ask that we give copies in a format other than photocopies. We will use the format you ask for unless we cannot practicably do so. You must ask in writing to get access to your PHI. If we deny your request, we will give you a written explanation. We will tell you if the reasons for the denial can be reviewed. We will also let you know how to ask for a review or if the denial cannot be reviewed.

Right to Change your PHI. You have the right to ask that we change your PHI if you believe it has wrong information. You must ask in writing. You must explain why the information should be changed. We may deny your request for certain reasons. For

example, if we did not create the information you want changed and the creator of the PHI is able to perform the change. If we deny your request, we will provide you a written explanation. You may respond with a statement that you disagree with our decision. We will attach your statement to the PHI you ask that we change. If we accept your request to change the information, we will make reasonable efforts to inform others of the change. This includes people you name. We will also make the effort to include the changes in any future disclosures of that information.

Right to Receive an Accounting of Disclosures.

You have the right to get a list of times within the last 6-year period in which we or our business associates disclosed your PHI. This does not apply to disclosure for purposes of treatment, payment, health-care operations, or disclosures you authorized and certain other activities. If you ask for this more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests. We will give you more information on our fees at the time of your request.

Right to File a Complaint. If you feel your privacy rights have been violated or that we have violated our own privacy practices, you can file a complaint with us. You can also do this by phone. Use the contact information at the end of this Notice. You can also submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services (HHS). See the contact information on the HHS website at www.hhs.gov/ocr. If you request, we will provide you with the address to file a written complaint with HHS. WE WILL NOT TAKE ANY ACTION AGAINST YOU FOR FILING A COMPLAINT.

Right to Receive a Copy of this Notice. You may ask for a copy of our Notice at any time. Use the contact information listed at the end of the Notice. If you get this Notice on our website or by email, you can request a paper copy of the Notice.

CONTACT INFORMATION

If you have any questions about this Notice, our privacy practices related to your PHI or how to exercise your rights you can contact us in writing. You can also contact us by phone. Use the contact information listed below.

Superior HealthPlan
Attn: Privacy Official
2100 S IH 35, Suite 200
Austin, TX 78704
Toll Free Phone Number
1-800-218-7453
Relay Texas
1-800-735-2989

Este aviso de scribe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Por favor, léalo atentamente. Por favor léalo con cuidado.

Vigente desde: 1 de julio de 2013 Para obtener ayuda para traducir o entender este texto, llame al **1-800-783-5386**. Personas con problemas de audición (Relay Texas) **1-800-735-2989**. Nuestros servicios de intérprete se le proporcionan a usted sin costo alguno.

RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES CUBIERTAS:

Superior HealthPlan es una Entidad cubierta según define y regula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996. Superior HealthPlan está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Estamos obligados a darle este Aviso. Incluye nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad en relación con su PHI. Debemos respetar los términos del presente aviso. Debemos informarle si se produce una violación de la PHI sin garantía.

Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. Describe sus derechos para acceder, cambiar y administrar su PHI. También indica cómo hacer uso de los derechos.

Superior HealthPlan puede modificar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso revisado o modificado para la PHI que ya tengamos. También podemos hacerlo efectivo para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Superior HealthPlan actualizará debidamente este Aviso y usted lo recibirá siempre que se produzca un cambio sustancial en lo siguiente incluido en el aviso:

- ▶ Los usos y las divulgaciones
- ▶ Sus derechos
- ▶ Nuestras responsabilidades legales
- ▶ Otras prácticas de privacidad indicadas en el aviso.

Los avisos actualizados aparecerán en nuestro sitio web y en el Manual para afiliados. También le enviaremos una copia de la solicitud por correo postal o electrónico.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI:

A continuación aparece una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar si PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que esté tratándolo. Hacemos esto para coordinar su tratamiento con otros proveedores. También lo hacemos para facilitar la tarea de solicitar autorizaciones previas relacionadas con sus beneficios.

Pago: Podemos usar y divulgar su PHI para pagar los beneficios por los servicios de atención médica que haya recibido. Podemos divulgar la PHI con el fin de pagar a otro plan de atención médica, proveedor de atención médica u otra entidad. Esto está sujeto a las Normas federales de privacidad. Las actividades de pago pueden incluir lo siguiente:

- ▶ Reclamados de procesamiento.
- ▶ Determinación de elegibilidad o cobertura para reclamos.
- ▶ Emisión de facturas de las primas.
- ▶ Revisión de servicios por necesidad médica.
- ▶ Revisión de utilización de reclamos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades

pueden incluir lo siguiente:

- ▶ Brindar servicios al cliente.
- ▶ Responder a quejas y apelaciones.
- ▶ Ofrecer manejo de casos y coordinación de la atención.
- ▶ Realizar una revisión médica de los reclamos y otras evaluaciones de calidad.
- ▶ Actividades de mejora.

Con el objeto de llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar su PHI a socios comerciales. Celebraremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos socios. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted con respecto a las operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- ▶ Evaluación de calidad y actividades de mejora.
- ▶ Revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de atención médica.
- ▶ Manejo de casos y coordinación de la atención.
- ▶ Detección y prevención de fraude y abuso en la atención médica.

Recordatorios de cita/Alternativas de

tratamiento: Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita para el tratamiento y la atención médica que tiene programadas con nosotros. También podemos usarla o divulgarla para brindarle información sobre alternativas de tratamiento. Otro motivo del uso o la divulgación es para otros beneficios o servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

Según exija la ley: Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, es posible que lo hagamos. Lo haremos en los casos que el uso o la divulgación cumplan con la ley. El uso o la divulgación están limitados a los requisitos impuestos por las leyes. Es posible que otras leyes o normas entren en conflicto. Si esto sucede, respetaremos las leyes y normas más restrictivas.

Actividades de salud pública: Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Podemos hacerlo con el objeto de garantizar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios que controla la FDA.

Víctimas de abuso y negligencia: Podemos divulgar su PHI a autoridades gubernamentales locales, estatales o federales. Esto incluye servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizados por ley para conservar estos informes. Lo haremos si consideramos de manera razonable que ha habido abuso, negligencia o violencia doméstica.

Procedimientos judiciales y administrativos:

Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. Podemos divulgarla a modo de respuesta a lo siguiente:

- ▶ una orden de un tribunal
- ▶ tribunal administrativo
- ▶ citaciones
- ▶ peticiones
- ▶ ordenes de captura
- ▶ petición de descubrimiento
- ▶ peticiones legales similares.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar su PHI a agentes del orden cuando sea un requerimiento. Por ejemplo, para responder a:

- ▶ una orden judicial
- ▶ una orden de captura de un tribunal
- ▶ citaciones
- ▶ peticiones emitidas por un oficial judicial
- ▶ una citación del gran jurado

También podemos divulgar su PHI relevante para identificar o localizar una persona sospechosa, fugitiva, testigo material o perdida.

Forenses, examinadores médicos y directores

fúnebres: Podemos divulgar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores fúnebres, según sea necesario, para que lleven a cabo sus tareas.

Donación de órganos, ojos y tejido: Podemos divulgar su PHI a organizaciones de procuración de órganos. También podemos divulgar su PHI al personal de procuración, almacenamiento o transporte de:

- ▶ órganos cadavéricos
- ▶ ojos
- ▶ tejido

Amenazas para la salud y seguridad: Podemos usar o divulgar su PHI si consideramos, de buena fe, que es necesaria para evitar o reducir una amenaza grave o inminente. Incluye amenazas a la salud o seguridad de una persona o el público.

Funciones gubernamentales especializadas:

Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., podemos divulgar su PHI según exijan las autoridades del comando militar. También podemos divulgar su PHI:

- ▶ a oficiales federales autorizados por motivos de seguridad nacional
- ▶ para realizar actividades de inteligencia.
- ▶ al Departamento de Estado para realizar determinaciones de idoneidad médica
- ▶ para llevar a cabo servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas.

Compensación de trabajadores: Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores u otros programas similares, según establece la ley. Estos son

programas que ofrecen beneficios para las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin considerar de quién es la culpa.

Situaciones de emergencia: Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted no puede responder o no está presente. Esto incluye la divulgación a un miembro de la familia, amigo íntimo, organismo autorizado de socorro en caso de catástrofe o a cualquier persona que usted nos indique. Usaremos nuestro juicio y experiencia profesional para determinar si la divulgación es conveniente para usted. Si es así, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.

Investigación: En algunos casos, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado. Deben ofrecer garantías en cuanto a la privacidad y protección de su PHI.

CONSENTIMIENTO VERBAL PARA USAR Y DIVULGAR SU PHI

Podemos basarnos en su consentimiento verbal para usar y divulgar su PHI a otras personas. Esto incluye a miembros de la familia, amigos íntimos o cualquier otra persona que usted identifique. Puede objetar el uso o la divulgación de su PHI cuando se solicite. Puede darnos su consentimiento verbal o realizar una objeción de forma anticipada. También puede darnoslo cuando se use o divulgue dicha información. En esos casos, limitaremos el uso o la divulgación de su PHI. Limitaremos la información a lo que sea estrictamente relevante para la participación de la persona en su tratamiento o pago de atención médica.

Podemos basarnos en su consentimiento verbal u objeción para usar y divulgar su PHI en una situación de catástrofe. Podemos brindar esta información a una entidad autorizada de socorro en caso de catástrofe. En esos casos, limitaremos el uso o la divulgación de su PHI. El uso estará limitado a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de la atención donde se encuentre y de su estado general. Puede darnos su consentimiento verbal o realizar una objeción de forma anticipada. También puede darnoslo cuando se use o divulgue su PHI.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Estamos obligados a tener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con algunas excepciones, por los siguientes motivos:

Venta de PHI: Solicitaremos su aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que sea considerada una venta de su PHI. Una venta de su PHI significa que recibimos un pago por divulgar la PHI en este sentido.

Marketing: Solicitaremos su aprobación por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de marketing, con algunas excepciones. Por ejemplo, cuando entablemos comunicaciones personales de marketing con usted. O, cuando entreguemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia: Solicitaremos su aprobación por escrito para usar o divulgar cualquiera de las notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con algunas excepciones. Por ejemplo, para realizar determinadas funciones

relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

El resto de los usos y las divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso se realizarán solo con su aprobación por escrito. Puede retirar su aprobación en cualquier momento. La solicitud para retirar su aprobación debe realizarse por escrito. La solicitud para retirar la aprobación entrará en vigencia tan pronto como la realice. Hay dos casos en los que no entrará en vigencia tan pronto como realice la solicitud. El primero es cuando ya hayamos realizado acciones según la aprobación previa. El segundo es antes de que recibamos la solicitud por escrito para dejar de hacerlo.

SUS DERECHOS

A continuación se presentan sus derechos en relación con su PHI. Si desea ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros. Al final de este Aviso aparece nuestra información de contacto.

Derecho a solicitar restricciones: Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También puede solicitar divulgaciones a personas que participen o paguen su atención. Esto incluye a miembros de la familia o amigos íntimos. La solicitud que presente debe indicar las restricciones que solicita. También debe decir a quién se aplica la restricción. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud de restricción. No cumpliremos si la información es necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, limitaremos el uso o la divulgación de la PHI para las operaciones de atención médica o pago a un plan de atención cuando haya pagado por completo y de su bolsillo los servicios o el artículo.

Derecho a solicitar comunicaciones

confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación a su PHI de otro modo o en otros lugares. Este derecho solo tiene validez si la información puede ponerlo en peligro si no se comunica de otro modo o en otro lugar. No está obligado a explicar el motivo de la solicitud. Sin embargo, debe indicar que la información puede ponerlo en peligro si no se realiza el cambio. Debemos respetar su solicitud si es razonable y si indica el otro modo u otro lugar donde se debe comunicar su PHI.

Derecho a acceder y recibir una copia de

su PHI: Tiene derecho, con algunas excepciones, a observar o recibir copias de su PHI presente en un registro designado. Puede solicitarnos que le entreguemos copias, en otro formato que no sea el de fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo por razones prácticas. Debe solicitar el acceso a su PHI por escrito. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Le indicaremos si los motivos del rechazo se pueden someter a revisión. También le indicaremos cómo solicitar una revisión, o bien, si el rechazo no se puede someter a una revisión.

Derecho a cambiar su PHI: Tiene el derecho de solicitarnos que cambiemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Debe solicitarlo por escrito. Debe explicar el motivo del cambio de la información. Podemos rechazar su solicitud por determinados motivos. Por ejemplo, si nosotros no creamos la información que desea cambiar y

si el creador de la PHI puede realizar el cambio. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Puede respondernos con una declaración indicando su desacuerdo con nuestra decisión. Adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita cambios. Si aceptamos su solicitud de cambiar la información, realizaremos todo lo que esté a nuestro alcance para informar el cambio a las otras personas. Esto incluye las personas que usted indique. También nos esforzaremos por incluir los cambios en cualquier divulgación de esa información en el futuro.

Derecho a recibir un informe de las

divulgaciones: Tiene el derecho a recibir una lista de las veces en los últimos 6 años en que nosotros o nuestros socios comerciales han divulgado su PHI. Esto no incluye las divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, ni divulgaciones que usted autorizó u otras actividades determinadas. Si realiza esta solicitud más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tasa razonable basada en el costo ocasionado por responder a estas solicitudes adicionales. Le brindaremos más información sobre nuestras tasas cuando realice la solicitud.

Derecho a presentar una queja: Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja. También puede hacerlo por teléfono. Use la información de contacto que aparece al final de este Aviso. También puede enviar una queja escrita al Departamento de Servicios Humanos y de la Salud (Health and Human Services, HHS) de los EE. UU. Consulte la información de contacto en el sitio web del HHS en www.hhs.gov/ocr. Si lo solicita, le daremos la dirección para presentar una queja por escrito ante el HHS. NO TOMAREMOS REPRESALIAS CONTRA USTED POR HABER PRESENTADO UNA QUEJA.

Derecho a recibir una copia de este Aviso:

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Use la información de contacto que aparece al final de este Aviso. Si accede a este Aviso desde nuestro sitio web o si lo recibe por correo electrónico, puede solicitar una copia en papel del Aviso.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito. También puede comunicarse por teléfono. Use la información de contacto que aparece a continuación.

**Superior HealthPlan
A/A: Oficial de privacidad
2100 S IH 35, Suite 200
Austin, TX 78704
Número de teléfono gratuito
1-800-218-7453
Relay Texas 1-800-735-2989**

SUPERIOR HEALTHPLAN

2100 South IH-35
Suite 200
Austin, TX 78704

www.SuperiorHealthPlan.com

www.Facebook.com/SuperiorHealthPlan

PRSRT STD
U.S. POSTAGE
PAID
Stevens Point, WI
Permit #422

Member Services Phone Numbers / Números de teléfono de Servicios para miembros

STAR/CHIP 1-800-783-5386

STAR MRSA 1-877-644-4494

CHIP RSA 1-800-820-5685

STAR+PLUS 1-866-516-4501

STAR Kids 1-844-590-4883

Superior HealthPlan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Superior HealthPlan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-783-5386 (TTY: 1-800-735-2989).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-783-5386 (TTY: 1-800-735-2989).

Published by Manifest LLC. © 2017. All rights reserved. No material may be reproduced in whole or in part from this publication without the express written permission of the publisher. The information in this publication is intended to complement—not take the place of—the recommendations of your health-care provider. Consult your physician before making major changes in your lifestyle or health-care regimen. Manifest makes no endorsements or warranties regarding any of the products and services included in this publication or its articles.

Publicado por Manifest LLC. Derechos de autor, © 2017. Se reservan todos los derechos. Ningún material de esta publicación podrá reproducirse en su totalidad o en parte sin el permiso expreso y por escrito de la casa editorial. El propósito de la información de esta publicación es de complementar—y no reemplazar—las recomendaciones de su proveedor de atención médica. Consulte a su doctor antes de hacer cualquier cambio importante a su estilo de vida o régimen de cuidado de su salud. Manifest no hace recomendaciones ni da garantías respecto a ningún producto o servicio mencionado en esta publicación o en los artículos.



SHP_20163839
TXC_H

Speak up today about tomorrow's care

What would you do if you could not make decisions about your health care? Who will speak for you? Will they know your wishes about receiving medical care?

People of all ages should document their wishes about future care. An advance directive lets you do this. You do not need a lawyer to complete one. Your doctor can help you.

Learn more and view the advance directive for Texas at www.caringinfo.org.

Defienda hoy su atención médica de mañana

¿Qué haría si no pudiera tomar decisiones acerca de su atención médica? ¿Quién lo defendería? ¿Conocerían sus deseos acerca de recibir atención médica?

Las personas de todas las edades deberían documentar sus deseos para la atención médica futura. Una directiva anticipada le permite lograrlo. No necesita un abogado para rellenar este documento. Su médico puede ayudarle.

Entérese de más y revise la directiva anticipada de Texas en www.caringinfo.org.