

# Healthy Moves | Mejorar la salud



## Know your numbers

**Do you know your blood pressure numbers?** That is the first step in fighting high blood pressure. High blood pressure can increase the risk of heart disease and stroke. It can lead to heart attacks and kidney disease. Here are three ways to control your blood pressure.

- 1. Eat a healthy diet.** This means less fat, salt and sugar and more whole grains and vegetables. Limit alcohol and sugary drinks.
- 2. Stay active.** Regular exercise will make your heart stronger. It can also keep your weight down.
- 3. Take your medication.** Has your doctor prescribed medication to control your blood pressure? Take it exactly as prescribed.

Superior HealthPlan can help you manage your blood pressure. We have disease management and care management programs for members with certain conditions. Call Member Services.

### Member Services Phone Numbers

**(Números de teléfono de Servicios para miembros)**

STAR/CHIP **1-800-783-5386** ■ STAR+PLUS **1-866-516-4501**

STAR Kids **1-844-590-4883**

## Conozca sus números

**¿Conoce los valores de su presión arterial?** Ese es el primer paso para combatir la presión arterial alta. La presión arterial alta puede aumentar el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca y sufrir un derrame cerebral. Puede ocasionar ataques al corazón y enfermedades renales. A continuación, se presentan tres formas de controlar su presión arterial.

- 1. Consuma una dieta saludable.** Esto significa consumir menos grasa, sal y azúcar y más cereales integrales y verduras. Limite el consumo de alcohol y bebidas azucaradas.
- 2. Realice actividad física.** Hacer ejercicio de forma habitual fortalecerá su corazón. También lo ayuda a controlar su peso.
- 3. Tome sus medicamentos.** ¿Su médico le ha recetado medicamentos para controlar su presión arterial? Tómelos exactamente como se los recetaron.

Superior HealthPlan puede ayudarlo a controlar su presión arterial. Contamos con programas de gestión de enfermedades y administración de cuidados para miembros con ciertas afecciones. Llame a Servicios para miembros.

## Make the most of your health plan

Superior wants to help you get the most out of your health plan. You can call Member Services. Let us know if you need:

- A ride to the doctor
- Help finding a doctor
- Help making an appointment
- A paper copy of anything on our website,

[www.SuperiorHealthPlan.com](http://www.SuperiorHealthPlan.com)

Our website has lots of helpful information. You can find a copy of your member handbook and look for a provider. You can also access tools or order a new member ID card through the secure member portal. Find the member portal at [www.SuperiorHealthPlan.com/login.html](http://www.SuperiorHealthPlan.com/login.html).

## Know your benefits

Do you know your benefits? You can find out more about your benefits in the member handbook. If you don't have a copy, we can send you one. Just call Member Services.

You can also call us with questions about your benefits. We can help you file a complaint. We can also tell you how to appeal a decision.

We offer free interpreter services to members. An interpreter can help you find out more about your benefits. An interpreter can also help you during medical appointments. Call Superior Member Services.



## Checkups for teens

**Teens don't need checkups as often as young kids do.** But they should still see a primary care doctor at least once a year. Regular visits will keep teenagers up to date on vaccines. The doctor can also talk to teens about:

- Safe sex
- Drug and alcohol use
- Depression

As teens get older, they should stop seeing a pediatrician and start seeing an adult primary care provider. This is particularly important for teens with chronic health issues. If a teen has a condition such as diabetes, he or she should not miss any visits.

Growing up also means teens will need to start managing their own care. They will need to make their own appointments. They will need to talk to doctors about their care. You can learn more about helping teens transition to an adult care provider at [gottransition.org](http://gottransition.org).

Superior can help teens find an adult care provider. Call Member Services.

# Chequeos para adolescentes

**Los adolescentes no necesitan chequeos con tanta frecuencia como los niños.** Sin embargo, deberían acudir a un médico de atención primaria al menos una vez al año. Las consultas regulares mantendrán al día las vacunas de los adolescentes. El médico

también puede conversar con los adolescentes sobre lo siguiente:

- Relaciones sexuales seguras
- Consumo de drogas y alcohol
- Depresión

A medida que los adolescentes crecen, deberían dejar de acudir a un pediatra y comenzar a acudir a un proveedor de atención primaria para adultos. Esto es particularmente importante para adolescentes con problemas crónicos de salud. Si un adolescente tiene una enfermedad como diabetes, no debería dejar de asistir a ninguna consulta.

Crecer también implica que los adolescentes comiencen a administrar su propia atención médica. Tendrán que programar sus propias citas. Tendrán que conversar con los médicos sobre su atención médica. Puede obtener más información sobre cómo ayudar a los adolescentes a hacer la transición a un proveedor de atención médica para adultos en [gottransition.org](http://gottransition.org).

Superior puede ayudar a los adolescentes a encontrar un proveedor de atención médica para adultos. Llame a Servicios para miembros.



## Aproveche su plan de salud al máximo

Superior quiere ayudarlo a aprovechar su plan de salud al máximo. Puede llamar a Servicios para miembros. Háganos saber si necesita lo siguiente:

- Transporte para ir al médico
- Ayuda para elegir un médico
- Ayuda para programar una cita
- Una versión impresa de cualquier información en nuestro sitio web, [www.SuperiorHealthPlan.com](http://www.SuperiorHealthPlan.com)

Nuestro sitio web tiene muchísima información útil. Puede encontrar una copia del manual para miembros y buscar un proveedor. También, puede tener acceso a herramientas o solicitar una tarjeta de identificación de miembro nueva a través del portal seguro para miembros. Encuentre el portal para miembros en [www.SuperiorHealthPlan.com/login.html](http://www.SuperiorHealthPlan.com/login.html).

## Conozca sus beneficios

¿Conoce sus beneficios? Puede encontrar más información sobre sus beneficios en el manual para miembros. Si no tiene una copia, podemos enviarle una. Solo llame a Servicios para miembros.

Asimismo, puede llamarnos para hacernos preguntas sobre sus beneficios. Podemos ayudarlo a presentar una queja. También podemos explicarle cómo apelar una decisión.

Ofrecemos servicios gratuitos de intérpretes para los miembros. Un intérprete lo puede ayudar a averiguar más acerca de sus beneficios. Un intérprete también puede ayudarlo durante sus citas médicas. Llame a Servicios para miembros de Superior.

# 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.

**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.

#### **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 do this by phone. Use the contact information at the end of this Notice. You can also file a complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, Region VI, by sending a letter to 1301 Young St., Suite 1169, Dallas, TX 75202; or calling **1-800-368-1019**, (TTY: **1-866-788-4989**) or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). 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](http://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**  
**5900 E. Ben White Blvd.**  
**Austin, TX 78741**  
**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 su 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:

- ▶ Reclamos 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.

#### 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 cambiemos. 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. Puede hacerlo por teléfono. Use la información de contacto que aparece al final de este Aviso. También puede presentar una queja con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), región VI, enviando una carta a 1301 Young St., Suite 1169, Dallas, TX 75202; o llamando al **1-800-368-1019**, (TTY: **1-866-788-4989**) o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints**. 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**  
**5900 E. Ben White Blvd.**  
**Austin, TX 78741**  
**Número de teléfono gratuito**  
**1-800-218-7453**  
**Relay Texas 1-800-735-2989**

## SUPERIOR HEALTHPLAN

5900 E. Ben White Blvd.  
Austin, TX 78741

[www.SuperiorHealthPlan.com](http://www.SuperiorHealthPlan.com)

[www.Facebook.com/SuperiorHealthPlan](https://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+PLUS 1-866-516-4501**

**STAR Kids 1-844-590-4883**

Published by Manifest LLC. © 2018. 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, © 2018. 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\_20174311  
TXC\_H

# What are your wishes?

**It can be hard to talk about end-of-life care.** But it's important to talk about it now. That way, your loved ones will know what your wishes are if you become unable to speak for yourself.

An advance directive is a document that says what treatments you do and do not want. Once you have a directive, there's still more to do. Make sure your doctor puts a copy in your file. Make sure your loved ones know where to find a copy.

You can find more information on advance directives at [hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/advance-directives](http://hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/advance-directives).

## ¿Cuáles son sus deseos?

Puede ser difícil hablar sobre la atención médica para sus últimos días. Sin embargo, es importante hablar al respecto ahora. De este modo, sus seres queridos sabrán cuáles son sus deseos si usted pierde la capacidad para manifestarlos.

Una directiva anticipada es un documento que indica cuáles tratamientos desea y cuáles no. Una vez que tenga una directiva, aún queda trabajo por hacer. Asegúrese de que su médico coloque una copia en su expediente. Asegúrese de que sus seres queridos sepan dónde encontrar una copia.

Puede encontrar más información sobre directivas anticipadas en [hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/advance-directives](http://hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/advance-directives).



## 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**  
5900 E. Ben White Blvd.  
Austin, TX 78741

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**  
5900 E. Ben White Blvd.  
Austin, TX 78741

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>.

<b>SPANISH:</b>	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).
<b>VIETNAMESE:</b>	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).
<b>CHINESE:</b>	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）。
<b>KOREAN:</b>	알림: 귀하께서 한국어를 사용하신다면, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Superior 회원 ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오(TTY: 1-800-735-2989).
<b>ARABIC:</b>	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)
<b>URDU:</b>	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)۔
<b>TAGALOG:</b>	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).
<b>FRENCH:</b>	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).
<b>HINDI:</b>	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)।
<b>PERSIAN:</b>	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.
<b>GERMAN:</b>	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).
<b>GUJARATI:</b>	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)
<b>RUSSIAN:</b>	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Подзвоните за номером, указавшим на оборотной стороне Вашей членской карточки Superior (номер телетайпу: 1-800-735-2989).
<b>JAPANESE:</b>	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
<b>LAOTIAN:</b>	ກາລຸນາໃຫ້ຄວາມສົນໃຈ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ(ລາວ) ບໍ່ຮູ້ການຄວາມຊ່ອຍເຫຼືອພາສາມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍເງິນ. ໃຫ້ໂທຫາເລກທີ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງ Superior ບັດຊະມາຊິກທ່ານ (1-800-735-2989)