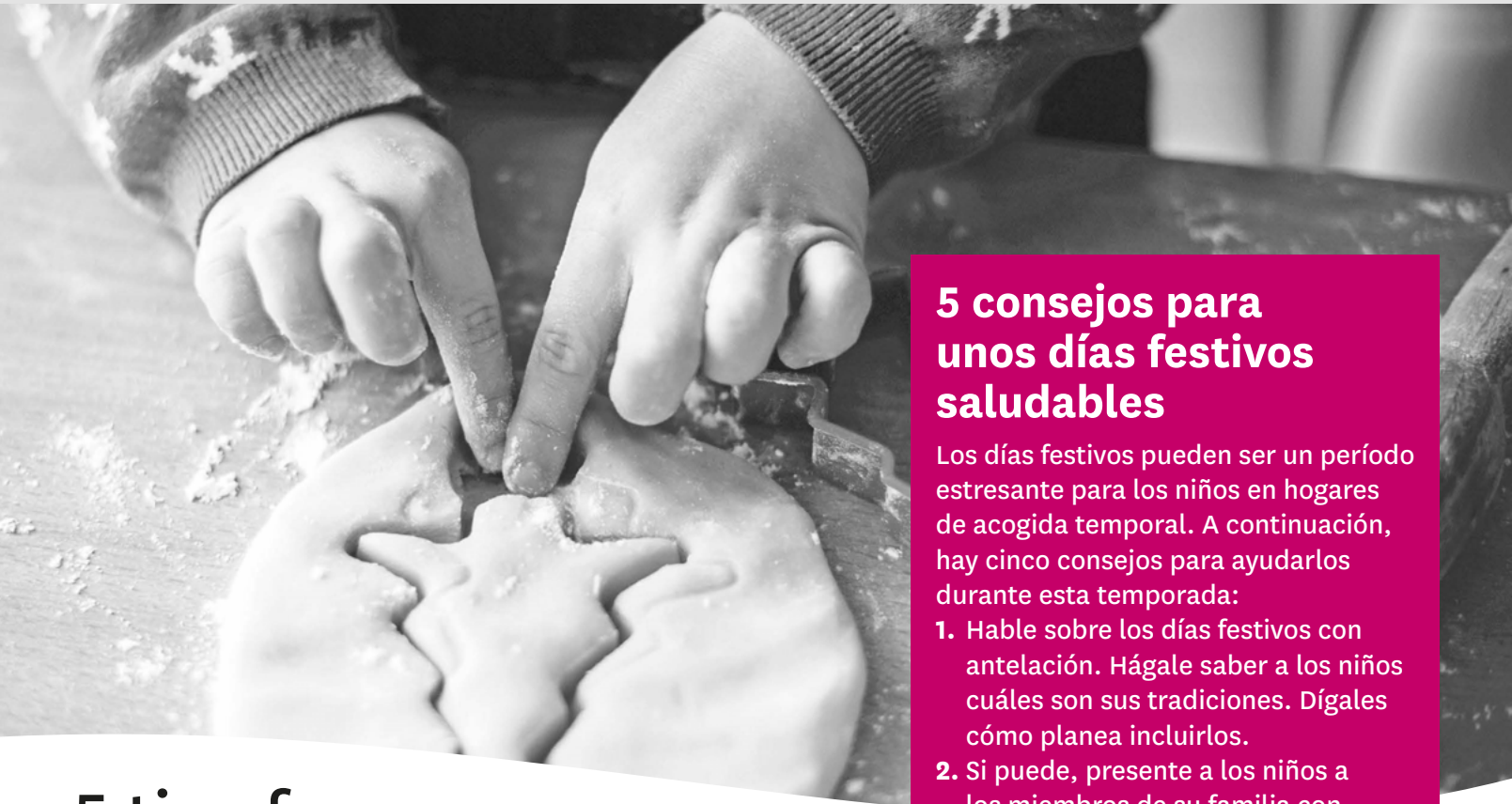


# Healthy Kids | Niños sanos



## 5 tips for healthy holidays

**The holidays can be stressful for kids in foster care.** Here are five tips for helping them through the season:

1. Talk about the holidays beforehand. Let kids know what your traditions are. Tell them how you plan to include them.
2. If you can, introduce kids to family members ahead of time. Meeting a lot of new people at once can be overwhelming.
3. Ask about their family traditions. Try to include some in your own home.
4. Encourage kids to talk about their feelings. Watch for signs of depression.
5. Help kids make cards or small presents for their family members. If possible, help arrange visits.

We can connect you to foster family support services. Call Member Services at **1-866-912-6283**.

## 5 consejos para unos días festivos saludables

Los días festivos pueden ser un período estresante para los niños en hogares de acogida temporal. A continuación, hay cinco consejos para ayudarlos durante esta temporada:

1. Hable sobre los días festivos con antelación. Hágale saber a los niños cuáles son sus tradiciones. Dígalos cómo planea incluirlos.
2. Si puede, presente a los niños a los miembros de su familia con anterioridad. Conocer a muchas personas nuevas al mismo tiempo puede ser abrumador.
3. Pregunte sobre sus tradiciones familiares. Intente incluir algunas en su hogar.
4. Anime a los niños a hablar sobre sus sentimientos. Esté atento a indicadores de depresión.
5. Ayude a los niños a hacer tarjetas o regalos pequeños para los miembros de su familia. Si es posible, ayude a organizar visitas.

Podemos ponerlo en contacto con los servicios de apoyo a familias de acogida temporal. Llame a Servicios para miembros al **1-866-912-6283**.

SHP\_20184804

## Where to go for care

When you or a child you are caring for is hurt or sick, you want help fast. But do you need urgent care? Or should you go to the emergency room (ER)?

Urgent care is for medical problems that are not emergencies. Go to urgent care when your doctor's office is closed. Medical problems treated at urgent care include:

- High fevers
- Sprains
- Flu symptoms
- Earaches
- Vomiting

The ER is for conditions that need to be treated right away. These could be:

- Broken bones
- Thoughts of harming yourself
- Bleeding that won't stop
- Trouble breathing
- Weakness or numbness on one side

Call **911** if you or a child needs medical care right away for a life-threatening condition.



## Get kids '3 in 30'

**Are you looking after kids who recently came into foster care?** There are medical visits they should have. The Texas Child Protective Services 3 in 30 program includes:

- 1. Three-day initial medical exam:** In three business days, children entering care must see a doctor. They must be checked for injuries and illnesses. They must get any treatments they need.
- 2. Texas CANS 2.0 assessment:** In 30 days, children 3 and older must get a Texas Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) 2.0 assessment. This is a behavioral health evaluation. It gathers information about the strengths and needs of the child and helps in planning services.
- 3. Texas Health Steps medical checkup:** In 30 days, children must see a doctor for a complete checkup. This includes lab work to find and treat medical issues.

For more information about 3 in 30, call Member Services at **1-866-912-6283**.

## We are here to help

Do you have questions about your care? Our website can help. Go to **FosterCareTX.com** to learn more. You can find:

- Information about your benefits and services
- Member newsletters
- Online copy of the member handbook

You can also call us with questions at **1-866-912-6283**. We can help you:

- Find a doctor
- Get translation help for your medical appointments
- Get a ride to your appointments
- Get paper copies of anything on our website





# Incluya a los niños en el programa ‘3 en 30’

**¿Está cuidando niños que llegaron recientemente a un hogar de acogida temporal?** Ellos deben asistir a ciertas consultas médicas. El programa “3 en 30” de los Servicios de Protección Infantil de Texas incluye:

- 1. Examen médico inicial durante tres días:** Los niños que ingresen a los cuidados deben acudir a un médico durante tres días hábiles. Deben ser chequeados para determinar enfermedades y lesiones. Deben obtener cualquier tratamiento que necesiten.
- 2. Evaluación de Texas CANS 2.0:** En un período de 30 días, a los niños de 3 años en adelante se les debe realizar una evaluación de Necesidades y Fortalezas del Niño y el Adolescente Texas 2.0 (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS). Esta es una evaluación de salud conductual. Reúne información sobre las necesidades y fortalezas del niño y ayuda a planificar los servicios.
- 3. Chequeo médico de Texas Health Steps:** En un período de 30 días, los niños deben ver a un médico para realizarse un chequeo completo que incluye pruebas de laboratorio para encontrar y tratar problemas médicos.

Para más información sobre 3 en 30, llame a Servicios para miembros al **1-866-912-6283**.

## Estamos aquí para ayudarlo

¿Tiene preguntas sobre su atención médica? Nuestro sitio web puede ayudarlo. Visite **FosterCareTX.com** para obtener más información. Puede encontrar:

- Información acerca de sus beneficios y servicios
- Boletín informativo del miembro
- Copia en línea del manual para miembros

También puede llamarnos para realizar sus preguntas al **1-866-912-6283** como a:

- Encontrar un médico
- Obtener ayuda para la traducción de sus citas médicas
- Obtener traslado para sus citas
- Adquirir una versión impresa de cualquier material de nuestro sitio web

## A dónde ir para obtener cuidados

Cuando usted o el niño que cuida está lesionado o enfermo, quiere obtener ayuda de forma rápida, pero ¿necesita atención urgente o debería acudir a la sala de emergencias?

La atención urgente es para problemas médicos que no son emergencias. Acuda a la atención urgente cuando el consultorio de su médico esté cerrado. Los problemas médicos tratados en la atención urgente incluyen:

- fiebre alta
- esguinces
- síntomas de gripe
- dolor de oídos
- vómitos

La ER es para afecciones que necesitan tratarse de inmediato. Estas podrían ser:

- huesos rotos
- pensamientos sobre hacerse daño a sí mismo
- Sangrado que no se detiene
- dificultad para respirar
- debilidad o entumecimiento en un costado

Llame al **911** si usted o el niño necesita atención médica inmediata que pone su vida en peligro.



# 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 July 1, 2017. Revised November 12, 2018.** For help to translate or understand this, please call **1-800-783-5386**. Hearing impaired (TTY) **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 maintain the privacy of your protected health information (PHI), provide you with this Notice of our legal duties and privacy practices related to your PHI, abide by the terms of the Notice that is currently in affect and notify you in the event of a breach of your unsecured PHI. Superior HealthPlan may create, receive, or maintain your PHI in an electronic format and that information subject to electronic disclosure.

This Notice describes how we may use and disclose your PHI. It also describes your rights to access, amend and manage your PHI and how to exercise those rights. All other uses and disclosures of your PHI not described in this Notice will be made only with your written authorization.

Superior HealthPlan reserves the right to change this Notice. We reserve the right to make the revised or changed Notice effective for your PHI we already have as well as any of your PHI we receive in the future. Superior HealthPlan will promptly revise and distribute this Notice whenever there is a material change to the following:

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

We will make any revised Notices available on our website.

## **PERMISSIBLE 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, to coordinate your treatment among providers, or to assist us in making prior authorization decisions related to your benefits.

**Payment.** We may use and disclose your PHI to make benefit payments for the health care services provided to you. We may disclose your PHI to another health plan, to a health care provider, or other entity subject to the federal Privacy Rules for their payment purposes. 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

**Group Health Plan/Plan Sponsor Disclosures.** We may disclose your protected health information to a sponsor of the group health plan, such as an employer or other entity that is providing a health care program to you, if the sponsor has agreed to certain restrictions on how it will use or disclose the protected health information (such as agreeing not to use the protected health information for employment-related actions or decisions).

## **OTHER PERMITTED OR REQUIRED DISCLOSURES OF YOUR PHI:**

**Fundraising Activities.** We may use or disclose your PHI for fundraising activities, such as raising money for a charitable foundation or similar entity to help finance their activities. If we do contact you for fundraising activities, we will give you the opportunity to opt-out, or stop, receiving such communications in the future.

**Underwriting Purposes.** We may use or disclose your PHI for underwriting purposes, such as to make a determination about a coverage application or request. If we do use or disclose your PHI for underwriting purposes, we are prohibited from using or disclosing your PHI that is genetic information in the underwriting process.

**Appointment Reminders/Treatment Alternatives.** We may use and disclose your PHI to remind you of an appointment for treatment and medical care with us or to provide you with information regarding treatment alternatives or other health-related benefits and services, such as 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 to the extent that the use or disclosure complies with such law and is limited to the requirements of such law. If two or more laws or regulations governing the same use or disclosure conflict, we will comply with the more restrictive laws or regulations

**Public Health Activities.** We may disclose your PHI to a public health authority for the purpose of preventing or controlling disease, injury, or disability. We may disclose your PHI to the Food and Drug Administration (FDA) to ensure the quality, safety or effectiveness products or services under the jurisdiction of the FDA.

**Victims of Abuse and Neglect.** We may disclose your PHI to a local, state, or federal government authority, including social services or a protective services agency authorized by law to receive such reports 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 the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious or imminent threat 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
- ▶ To 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, 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 incapacitated or not present, to a family member, close personal friend, authorized disaster relief agency, or any other person previously identified by you. We will use professional judgment and experience to determine if the disclosure is in your best interests. If the disclosure is in your best interest, we will only disclose the PHI that is directly relevant to the person's involvement in your care.

**Inmates.** If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release your PHI to the correctional institution or law enforcement official, where such information is necessary for the institution to provide you with health care; to protect your health or safety; or the health or safety of others; or for the safety and security of the correctional institution.

**Research.** Under certain circumstances, we may disclose your PHI to researchers when their clinical research study has been approved and where certain safeguards are 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 limited exceptions, for the following reasons:

**Sale of PHI.** We will request your written authorization before we make any disclosure that is deemed a sale of your PHI, meaning that we are receiving compensation for disclosing the PHI in this manner.

**Marketing.** We will request your written authorization to use or disclose your PHI for marketing purposed with limited exceptions, such as when we have face-to-face marketing communications with you or when we provide promotional gifts of nominal value.

**Psychotherapy Notes.** We will request your written authorization to use or disclose any of your psychotherapy notes that we may have on file with limited exception, such as for certain treatment, payment or healthcare operation functions.

#### **INDIVIDUALS 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 Revoke an Authorization.** You may revoke your authorization at any time, the revocation of your authorization must be in writing. The revocation will be effective immediately, except to the extent that we have already taken actions in reliance of the authorization and before we received your written revocation.

**Right to Request Restrictions.** You have the right to request restrictions on the use and disclosure of your PHI for treatment, payment or healthcare operations, as well as disclosures to persons involved in your care or payment of your care, such as family members or close friends. Your request should state the restrictions you are requesting and state to whom the restriction applies. We are not required to agree to this request. If we agree, we will comply with your restriction request unless 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 request that we communicate with you about your PHI by alternative means or to alternative locations. This right only applies if the information could endanger you if it is not communicated by the alternative means or to the alternative location you want. You do not have to explain what the reason is for your request, but you must state that the information could endanger you if the communication means or location is not changed. We must accommodate your request if it is reasonable and specifies the alternative means or location where your PHI should be delivered.

#### **Right to Access and Received 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 request that we provide copies in a format other than photocopies. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. You must make a request in writing to obtain access to your PHI. If we deny your request, we will provide you a written explanation and will tell you if the reasons for the denial can be reviewed and how to ask for such a review or if the denial cannot be reviewed.

**Right to Amend your PHI.** You have the right to request that we amend, or change, your PHI if you believe it contains incorrect information. Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended. We may deny your request for certain reasons, for example if we did not create the information you want amended and the

creator of the PHI is able to perform the amendment. If we deny your request, we will provide you a written explanation. You may respond with a statement that you disagree with our decision and we will attach your statement to the PHI you request that we amend. If we accept your request to amend the information, we will make reasonable efforts to inform others, including people you name, of the amendment and to include the changes in any future disclosures of that information.

**Right to Receive an Accounting of Disclosures.** You have the right to receive a list of instances within the last 6 years 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 request this accounting 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 provide you with 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 in writing or by phone using 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** online, by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or calling **1-800-368-1019**, (TTY: **1-866-788-4989**). WE WILL NOT TAKE ANY ACTION AGAINST YOU FOR FILING A COMPLAINT.

**Right to Receive a Copy of this Notice.** You may request a copy of our Notice at any time by using the contact information list at the end of the Notice. If you receive this Notice on our web site or by electronic mail (e-mail), you are also entitled to request a paper copy of the Notice.

## **CONTACT INFORMATION**

You can also read the complete Notice of Privacy Practices on our website at **SuperiorHealthPlan.com**. 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 or by phone using 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**

**HHSC Privacy Notice**

# Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder a ella. Por favor, léalo atentamente.

En vigencia desde 1 de julio de 2017. Revisado el 12 de noviembre 2018. Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-800-783-5386. (TTY 1-800-735-2989). Nuestros servicios de intérprete se le proporcionan a usted sin costo alguno.

## OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES CUBIERTAS:

Superior HealthPlan es una Entidad cubierta según define y regula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996. Superior HealthPlan está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI), a proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad en relación con su PHI, a respetar los términos del Aviso que se encuentra actualmente vigente y a notificarle a usted si se produjera una violación de su PHI sin protección. Superior HealthPlan puede crear, recibir o mantener su información de salud protegida (PHI) en un formato electrónico, y esa información puede estar sujeta a divulgación electrónica.

Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a acceder a su PHI, a enmendarla y administrarla, y explica cómo ejercer estos derechos. Todas las demás formas de usar y divulgar su PHI que no se describen en este Aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

Superior HealthPlan se reserva el derecho de modificar este Aviso. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia el Aviso modificado o revisado correspondiente a su PHI que ya tengamos y a toda su PHI que recibamos en el futuro. Superior HealthPlan revisará y distribuirá de inmediato este Aviso siempre que haya un cambio sustancial de alguno de los siguientes datos:

- ▶ Usos o divulgación
- ▶ Sus derechos
- ▶ Nuestras obligaciones legales
- ▶ Otras prácticas de privacidad indicadas en el aviso

Todo Aviso revisado será publicado en nuestro sitio web.

## USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS DE SU PHI:

A continuación, incluimos una lista de las formas en que 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 le proporcione tratamiento a usted, para coordinar su tratamiento entre los proveedores o bien a fin de utilizarla como ayuda antes de tomar decisiones de autorización relacionadas con sus beneficios.

**Pagos.** Podemos usar y divulgar su PHI para realizar los pagos de beneficios correspondientes a los servicios de atención médica que usted recibe. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a las Normas Federales de Privacidad para la gestión de los pagos de los terceros mencionados. Las actividades de pago pueden incluir las siguientes:

- ▶ Procesamiento de reclamos
- ▶ 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 utilizar y divulgar su PHI para realizar operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir las siguientes:

- ▶ Brindar servicios al cliente
- ▶ Responder a quejas y apelaciones
- ▶ Proporcionar administración 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 las siguientes operaciones:

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

**Divulgación al patrocinador del plan/plan de salud grupal.** Podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le proporciona a usted un programa de atención médica,

si el patrocinador ha aceptado restricciones específicas sobre la forma en que usará o divulgará la información de salud protegida (por ejemplo, si ha aceptado no usar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

## OTRAS FORMAS DE DIVULGAR SU PHI REQUERIDAS O PERMITIDAS:

**Actividades de recaudación de fondos.** Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación de caridad u otra entidad similar a fin de ayudar a financiar sus actividades. Si nos ponemos en contacto con usted en relación con actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de no participar o de dejar de recibir ese tipo de comunicaciones en el futuro.

**Propósitos de suscripción.** Podemos usar o divulgar su PHI para fines de suscripción, como tomar una decisión acerca de un pedido o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar la parte de su PHI que constituye información genética en el proceso de suscripción.

**Recordatorios de citas/alternativas de tratamientos.** Podemos usar o divulgar su PHI a fin de recordarle una cita para un tratamiento o atención

médica con nosotros, o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamientos, u otros servicios y beneficios relacionados con la salud, por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

**Según lo exija la ley.** Si la ley local, estatal y/o federal exige el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que dicho uso o divulgación cumpla con dichas leyes y se limite a sus requerimientos. Si hubiese un conflicto entre dos o más leyes o regulaciones que rigen el mismo uso o divulgación, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivas.

**Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para garantizar la calidad, seguridad y efectividad de los productos o servicios que se encuentran bajo la jurisdicción de la FDA.

**Víctimas de abuso y negligencia.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley a recibir dichos informes, si creemos razonablemente que existe abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a:

- ▶ Una orden de un tribunal
- ▶ Un tribunal administrativo
- ▶ Citaciones
- ▶ Órdenes de comparecencia
- ▶ Órdenes de detención
- ▶ Petición de presentación de pruebas
- ▶ Otra petición legal similar

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI relevante a las fuerzas de seguridad cuando así se exija. Por ejemplo, para responder a:

- ▶ Una orden judicial
- ▶ Una orden de detención expedida por un tribunal
- ▶ Citaciones
- ▶ Órdenes de comparecencia emitidas por un oficial judicial
- ▶ Una citación al Gran jurado

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

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus tareas.

**Donación de órganos, ojos y tejidos.** Su PHI se

puede divulgar a organizaciones de procuración de órganos. También podemos divulgar su PHI al personal de procuración, almacenamiento o trasplante de:

- ▶ Órganos cadavéricos
- ▶ Ojos
- ▶ Tejidos

**Amenazas contra la salud y seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o reducir una amenaza inminente o grave contra la salud o la seguridad de una persona o del público.

**Funciones gubernamentales especiales.** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según las exigencias de las autoridades de los comandos militares. 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

**Indemnizaciones laborales.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionados con las indemnizaciones laborales u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios para enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, independientemente de la culpa.

**Situaciones de emergencia.** Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o ausente, a un familiar, un amigo personal cercano, una agencia autorizada de asistencia en casos de catástrofes o cualquier otra persona que usted haya identificado previamente. Usaremos nuestro juicio y experiencia profesionales para determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si es así, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.

**Reclusos.** Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de las fuerzas de seguridad, podemos revelar su PHI a la institución correccional o al oficial de las fuerzas de seguridad cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica, para proteger su salud o seguridad, o la salud o la seguridad de otras personas, o para la seguridad y la protección de la institución correccional.

**Investigación.** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores si los estudios de investigación clínica que desarrollan fueron aprobados, y en los casos en que existan garantías específicas para asegurar la protección y la privacidad de su PHI.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO:**

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

**Venta de la PHI.** Solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar una divulgación que sea considerada una venta de su PHI, lo que significa que recibimos una compensación por divulgar la PHI de esa forma.

**Marketing.** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de marketing con algunas excepciones, por ejemplo, al realizar

comunicaciones de marketing cara a cara con usted o al entregar obsequios promocionales con valor nominal.

**Notas de psicoterapia.** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar sus notas de psicoterapia que tengamos en nuestros registros, con algunas excepciones; por ejemplo, para determinadas funciones de operaciones de atención médica, pagos o tratamientos.

### **DERECHOS INDIVIDUALES:**

A continuación, se detallan los derechos que usted posee en relación con su PHI. Si desea ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

**Derecho a revocar una autorización.** Puede revocar su autorización en cualquier momento; dicha revocación debe hacerse por escrito. La revocación será válida de inmediato, excepto en la medida en que ya hayamos realizado acciones en virtud de la autorización y antes de que hayamos recibido su revocación por escrito.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para las operaciones de atención médica, pagos o tratamientos; y en la divulgación a personas que participan en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que pide y a quienes se las debe aplicar. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción salvo que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, limitaremos el uso o la divulgación de la PHI para las operaciones de atención médica o pagos a un plan de salud cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad de los servicios o el artículo.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su PHI a través de medios o ubicaciones alternativos. Este derecho es aplicable únicamente si la información pudiese generar algún riesgo para usted si no se la comunicara a través de los medios o ubicaciones alternativos que usted quiere. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría generar algún riesgo para usted si no se modificaran los medios o las ubicaciones de comunicación. Debemos aceptar su solicitud si es razonable y si especifica los medios o ubicaciones alternativos donde debemos enviar su PHI.

**Derecho a acceder a su PHI y a recibir una copia de ella.** Tiene derecho, con algunas excepciones, a leer su PHI incluida en un conjunto de registros designados o a obtener copias de ella. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo por razones prácticas. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si el motivo de la denegación se puede rever y cómo solicitar dicha revisión, o si la denegación no se puede rever.

**Derecho a enmendar su PHI.** Tiene derecho a solicitar que enmendemos o modifiquemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Debe presentar su solicitud por escrito, y esta debe contener el motivo por el cual la información deben enmendarse. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, como, por ejemplo, si no fuimos nosotros los

que creamos la información que usted pide enmendar o si el creador de la PHI puede enmendarla. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración que indique que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos dicha declaración a la PHI que usted solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted designe, acerca de la enmienda, y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

**Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones.** Tiene derecho a recibir una lista de los casos en que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI dentro del período de los últimos 6 años. Esto no incluye la divulgación para fines de operaciones de atención médica, pagos o tratamientos, ni la divulgación que usted autorizó y otras actividades específicas. Si solicita este informe 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 daremos más información sobre nuestras tasas en el momento en que realice su solicitud.

**Derecho a presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos a la privacidad o que hemos violado nuestras prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja por escrito o por teléfono usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso.

También puede presentar una queja en la Oficina para los Derechos Civiles de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; para ello, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al **1-800-368-1019** (TTY: **1-866-788-4989**) o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). NO REALIZAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN SU CONTRA POR PRESENTAR UNA QUEJA.

**Derecho a recibir una copia de este Aviso.** Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia en papel del Aviso.

### **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

También puede leer el Aviso de Prácticas Privadas completo en nuestro sitio web **SuperiorHealthPlan.com**. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, comuníquese con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto detallada debajo.

**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**

**Aviso de Privacidad de la HHSC**



## 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:**
  - Qualified sign language interpreters
  - 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:**
  - Qualified interpreters
  - 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  
Complaints 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: 1-866-683-5369**

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:**
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - 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:**
  - Intérpretes calificados
  - 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  
Complaints 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: 1-866-683-5369**

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>.



**ENGLISH:** Language assistance services, auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge. To obtain this, call the number on the back of your Superior ID card (TTY: 1-800-735-2989).

---

**SPANISH:** Servicios de asistencia de idiomas, ayudas y servicios auxiliares, y otros formatos alternativos están disponibles para usted sin ningún costo. Para obtener esto, llame al número al dorso de su tarjeta de identificación Superior (TTY: 1-800-735-2989).

---

**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 LỰU 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)।

---

<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. Подзвонить за номером, вказаним на зворотній стороні Вашої членської картки 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) ບໍ່ຮູ້ການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອພາສາມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍ ດືງ. ໃຫ້ໂທຫາເລກທີ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງ Superior ບັດຊະມາຊິກທ່ານ (1-800-735-2989)



## 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 who knows all about kids' health. That doctor is called a pediatrician. 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 your health plan can help you and your child make this change. If you need help finding a new doctor, talk with your doctor. Or call Member Services at **1-866-912-6283**.

### La atención adecuada para usted

Es importante que obtenga asistencia médica adecuada para su edad y sus necesidades de salud. Cuando sus hijos son jóvenes, acuden a un médico especializado en la salud infantil. A ese médico se le llama pediatra. Sin embargo, cuando sus hijos crecen, sus necesidades de salud cambian. Es allí cuando llega el momento de cambiarse a un médico que sepa sobre la salud de los adultos.

Su médico y su plan de salud pueden ayudarlo a usted y a su hijo a realizar este cambio. Si necesita ayuda para encontrar un médico nuevo, hable con su médico actual. O llame a Servicios para miembros al **1-866-912-6283**.



**Embracing  
Every Child**  
STAR Health

Published by Manifest LLC. © 2019. 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, © 2019. 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\_20184804

# Quality care

**We want to improve the health of all our members.** Our Quality Improvement program helps us do this. We check how we are doing by setting goals for quality. We also review the quality and safety of our services and care. We review care provided at all levels, including emergency, primary and specialty. We also make sure we are helping members with different ethnic, cultural, religious and language needs.

Learn more and see how we're doing at **SuperiorHealthPlan.com**. You can also ask for a paper copy of the latest quality improvement report. Call Member Services at **1-866-912-6283** or visit **SuperiorHealthPlan.com**.



## Atención de calidad

Deseamos mejorar la salud de todos nuestros miembros. Nuestro programa de Mejora de la Calidad nos ayuda a hacerlo. Verificamos nuestro desempeño estableciendo metas de calidad. También revisamos la calidad y la seguridad de nuestros servicios y atención. Revisamos la atención brindada en todos los niveles, incluida la atención de emergencia, primaria y especializada. Asimismo, nos aseguramos de ayudar a los miembros con diferentes necesidades étnicas, culturales, religiosas y lingüísticas.

Obtenga más información y vea cómo nos desempeñamos en **SuperiorHealthPlan.com**. Puede solicitar una copia impresa del último informe de mejora de la calidad. Llame a Servicios para miembros al **1-866-912-6283** o ingrese a **SuperiorHealthPlan.com**.