

2020



Manual del Afiliado

Superior HealthPlan STAR+PLUS
Medicare-Medicaid Plan (MMP)



superior
healthplan™

Desde el 1.º de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020

H6870_20_MH_Accepted_09172019 (SPN)



Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP)

Manual del Afiliado

Desde el 1.º de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020

Su cobertura de salud y medicamentos conforme al Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP)

Introducción al *Manual del Afiliado*

Este manual detalla la cobertura conforme a Superior STAR+PLUS MMP hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica los servicios de atención de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos que requieren receta médica, y los servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS). Los LTSS le permiten quedarse en su casa en vez de ir a un hospital o a una casa de reposo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, Superior STAR+PLUS MMP, es ofrecido por Superior HealthPlan, Inc. Cuando en este *Manual del Afiliado* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” se hace referencia a Superior HealthPlan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia al plan Superior STAR+PLUS MMP.

ATENCIÓN: Si habla otro idioma que no es el español, tiene servicios de asistencia de idiomas sin cargo disponibles para usted. Llame al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-896-1844 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

EOC033137SP00

H6870_001

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Puede obtener este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si quiere recibir los documentos en otro idioma o formato en la correspondencia que se le envíe en el futuro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Si luego desea cambiar su elección de idioma o formato, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Encontrará el número de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado en la parte inferior de esta página.

Manual del Afiliado de Superior STAR+PLUS MMP para 2020 Índice

- ❖ Capítulo 1: Comenzar como afiliado..... 4
- ❖ Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 14
- ❖ Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos..... 29
- ❖ Capítulo 4: Tabla de Beneficios 53
- ❖ Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan 112
- ❖ Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medicaid de Texas 130
- ❖ Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos 138
- ❖ Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 143
- ❖ Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas) 165
- ❖ Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan de Medicare-Medicaid 216
- ❖ Capítulo 11: Avisos legales..... 223
- ❖ Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes..... 227

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Descargo de responsabilidad

- ❖ Superior HealthPlan STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medicaid de Texas para brindarles beneficios de ambos planes a las personas inscritas.
- ❖ Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los afiliados de Superior STAR+PLUS MMP, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios al Afiliado o consulte el *Manual del Afiliado* para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.
- ❖ La cobertura conforme a Superior STAR+PLUS MMP es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima” y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas, www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 1: Comenzar como afiliado

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Superior STAR+PLUS MMP, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medicaid de Texas, y su afiliación al plan. También se explica lo que debe esperar y qué información adicional le enviará Superior STAR+PLUS MMP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Bienvenido a Superior STAR+PLUS MMP	5
B. Información sobre Medicare y Medicaid	5
B1. Medicare	5
B2. Medicaid de Texas.....	5
C. Ventajas de este plan.....	6
G. Plan de atención.....	9
H. Prima mensual del plan Superior STAR+PLUS MMP.....	9
I. <i>Manual del Afiliado</i>	9
J. Información adicional que le enviaremos	10
J1. Tarjeta de identificación de afiliado de Superior STAR+PLUS MMP.....	10
J2. <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i>	10
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	12
J4. <i>Explicación de Beneficios</i>	12
K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación.....	13
K1. Privacidad de la información médica personal	13

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. Bienvenido a Superior STAR+PLUS MMP

Superior STAR+PLUS MMP es un plan de Medicare-Medicaid. Un plan de Medicare-Medicaid es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS), y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de servicios y equipos de coordinación de servicios para ayudarlo a coordinar todos los servicios y proveedores. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Superior STAR+PLUS MMP fue aprobado por el estado de Texas y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) para brindarle servicios como parte del Proyecto de Demostración de Asistencia Integral para Personas con Elegibilidad Doble de Texas.

Este proyecto es un programa de demostración gestionado conjuntamente por Texas y el gobierno federal para ofrecer una mejor atención de salud a las personas que cuentan con Medicare y Medicaid de Texas. Con esta iniciativa, el estado y el gobierno federal quieren probar nuevas formas de mejorar la manera en la que usted recibe los servicios de atención de salud de Medicare y Medicaid de Texas.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para quienes reúnen los siguientes requisitos:

- personas de 65 años o mayores;
- algunas personas menores de 65 años con discapacidades;
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medicaid de Texas

Medicaid de Texas es un programa gestionado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar LTSS y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Cada estado tiene su propio programa de Medicaid y decide lo siguiente:

- qué cuenta como ingresos y recursos;
- quién reúne los requisitos;
- qué servicios están cubiertos;
- cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Medicare y Texas deben aprobar el plan Superior STAR+PLUS MMP todos los años. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid de Texas a través de nuestro plan siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Reúne los requisitos para participar en el Proyecto de Demostración de Asistencia Integral para Personas con Elegibilidad Doble de Texas.
- Ofrecemos el plan en su condado.
- Medicare y el estado de Texas aprueban el plan.

En el caso de que nuestro plan deje de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid de Texas no cambiará.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Texas, incluidos los medicamentos que requieren receta médica, a través de Superior STAR+PLUS MMP. **No tiene que pagar un adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Superior STAR+PLUS MMP lo ayudará a aprovechar al máximo los beneficios de Medicare y Medicaid de Texas. Las siguientes son algunas ventajas:

- Podrá usar un **único** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un equipo de coordinación de servicios que usted ayudó a amar. Su equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita.
- Tendrá acceso a un coordinador de servicios. Esa es la persona que trabaja con usted, con Superior STAR+PLUS MMP y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de coordinación de servicios y su coordinador de servicios.
- Ellos trabajarán con usted para establecer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de coordinación de servicios estará a cargo de la coordinación de los servicios que usted necesita. Los siguientes son algunos ejemplos de lo que este equipo puede hacer:
 - Se asegurará de que los médicos estén al tanto de todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario ocasionado por estos medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicio de Superior STAR+PLUS MMP

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Bexar, Dallas e Hidalgo. Solo las personas que vivan en uno de estos condados de nuestra área de servicio se pueden inscribir en Superior STAR+PLUS MMP.

Si se muda fuera del área de servicio, ya no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección I, página 162, para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan

Usted puede afiliarse a nuestro plan siempre que cumpla con cada uno de los siguientes requisitos:

- Tiene 21 años o más.
- Vive en nuestra área de servicio.
- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos para Medicaid de Texas y reúne, **por lo menos, una** de estas condiciones:
 - Tiene una discapacidad física o mental y reúne los requisitos para el ingreso suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI).
 - Reúne los requisitos para Medicaid de Texas porque recibe los servicios de exención para servicios comunitarios y en el hogar (por sus siglas en inglés, HCBS).
- NO está inscrito en uno de los siguientes programas de exención 1915(c):
 - Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (por sus siglas en inglés, CLASS).
 - Programa para Sordociegos con Discapacidades Múltiples (por sus siglas en inglés, DBMD).
 - Servicios comunitarios y en el hogar (por sus siglas en inglés, HCS).
 - Programa de Texas para Vivir en Casa (por sus siglas en inglés, TxHmL).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez

Cuando se inscribe en el plan por primera vez, usted recibirá una evaluación de riesgo de salud dentro de los primeros 90 días.

También recibirá una evaluación integral dentro de los primeros 60 o 90 días, según sus necesidades de salud. La evaluación integral examinará con más detalle sus necesidades médicas y sociales, así como sus capacidades. Le solicitaremos información a usted, a sus proveedores y a sus familiares y cuidadores cuando corresponda. Los encargados de realizar esta evaluación serán profesionales de la salud capacitados y calificados, como enfermeros, trabajadores sociales y coordinadores de servicios.

Es posible que combinemos el examen inicial de salud y la evaluación integral en una única evaluación durante los primeros 60 días. Por lo general, a las personas inscritas en determinados programas de exención para HCBS de STAR+PLUS MMP de Medicaid de Texas se les realizarán el examen de salud inicial y la evaluación integral combinados.

Si la evaluación integral indica que usted tiene grandes necesidades de salud, es posible que deba realizarse una evaluación de atención a largo plazo con un enfermero registrado. La evaluación de atención a largo plazo determina si usted necesita atención adicional en un centro de enfermería o con una exención comunitaria.

Si STAR+PLUS MMP es nuevo para usted, puede continuar viendo a sus médicos actuales durante 90 días o hasta que finalice la evaluación de riesgo de salud.

Después de 90 días para la mayoría de los servicios, seis meses en el caso de los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) o nueve meses si se le diagnostica una enfermedad terminal y está recibiendo tratamiento, tendrá que ver a los médicos y demás proveedores de la red de Superior STAR+PLUS MMP. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección A, página 32, para obtener más información sobre cómo recibir atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



G. Plan de atención

El plan de atención es el plan sobre qué servicios de salud recibirá y cómo los recibirá.

Luego de la evaluación de riesgo de salud, el equipo de coordinación de servicios se reunirá con usted para hablar sobre qué servicios de salud necesita y prefiere. Juntos, crearán el plan de atención.

Todos los años, el equipo de coordinación de servicios colaborará con usted para actualizar el plan de atención en caso de que cambien los servicios que necesita y prefiere.

El plan de atención suele incluir lo siguiente:

- las necesidades sociales y de salud que se identificaron en su evaluación de riesgo de salud;
- su historia clínica;
- sus necesidades, inquietudes y objetivos sociales y de salud actuales, a corto y largo plazo;
- una lista de los servicios que necesita, la frecuencia con que debe recibirlos y quién debe proporcionarlos.

H. Prima mensual del plan Superior STAR+PLUS MMP

Superior STAR+PLUS MMP no tiene una prima mensual del plan.

I. *Manual del Afiliado*

Este *Manual del Afiliado* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas establecidas en este documento. Si cree que hemos procedido de alguna manera que no cumpla con estas reglas, puede presentar una apelación o cuestionar nuestro proceder. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para pedir un *Manual del Afiliado*, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711). También puede ver el *Manual del Afiliado* en mmp.SuperiorHealthPlan.com o descargarlo desde este sitio web.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en Superior STAR+PLUS MMP, entre el 1.º de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



J. Información adicional que le enviaremos

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de afiliado de Superior STAR+PLUS MMP, información sobre cómo tener acceso al *Directorio de Farmacias y Proveedores* y una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

J1. Tarjeta de identificación de afiliado de Superior STAR+PLUS MMP

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para los servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo y las recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Esta es una muestra de la tarjeta para que vea cómo será la que recibirá:

 Member Name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#> Health Plan (80840): <Card Issuer Identifier> Medicaid ID: <Medicaid ID#> PCP Name: <PCP Name> PCP Effective Date: <PCP Effective Date> PCP Phone: <PCP Phone> MEMBER CANNOT BE CHARGED Cost sharing/Copays: \$0 for covered medical and Rx services H6870 001	  MedicareRx Prescription Drug Coverage RxBIN: <004336> RxPCN: <MEDDADV> RxGRP: <RX8144>	<p>In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.</p> <p>En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir cuidado, llame a su PCP dentro de 24 horas o lo antes posible.</p> <p>Member Services Servicios al miembro: <1-866-896-1844; TTY: 711> Behavioral Health Salud del comportamiento: <1-866-896-1844; TTY: 711> Service Coordination Coordinador de servicios: <1-855-772-7075; TTY: 711> Website Sitio web: <https://mmp.SuperiorHealthPlan.com> Pharmacy Help Desk: <1-888-865-6567> Pharmacy Prior Auth: <1-800-867-6564></p> <p>Send Claims To: <Medical Claims: Superior HealthPlan STAR+PLUS MMP Claims PO Box 3060 Farmington, MO 63640-3822 Payer ID 68069> Claim Inquiry: <1-877-391-5921; TTY 711></p> <p>Pharmacy Claims: Superior HealthPlan STAR+PLUS Attn: Pharmacy Claims PO Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741></p>
---	--	---

Si su tarjeta se daña o se pierde, o si se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), y le enviaremos una nueva.

Mientras esté afiliado a nuestro plan, no tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta de Medicaid de beneficios de Texas para obtener los servicios. Conserve esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de identificación de afiliado de Superior STAR+PLUS MMP, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor. Las únicas excepciones son las siguientes:

- Si necesita cuidado de enfermos terminales, usará la tarjeta de Medicare Original.
- Si necesita servicios de transporte que no sean de emergencia, usará la tarjeta de Medicaid de beneficios de Texas.

J2. Directorio de Farmacias y Proveedores

En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de Superior STAR+PLUS MMP. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez (consulte la página 8).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844

(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Puede pedir un *Directorio de Farmacias y Proveedores* llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711). También puede ver el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en mmp.SuperiorHealthPlan.com o descargarlo desde este sitio web.

El *Directorio de Farmacias y Proveedores* ofrece información, como direcciones, números de teléfono y horarios de atención. Le indica si el lugar tiene adaptaciones para personas con discapacidades. En el *Directorio* también se informa si los proveedores aceptan pacientes nuevos y si hablan otros idiomas. Superior STAR+PLUS MMP puede proporcionarle información adicional sobre cada proveedor, por ejemplo:

- antecedentes profesionales;
- especialidad;
- escuela de medicina a la que asistió;
- finalización de la residencia médica;
- estado de certificación de la junta.

El Departamento de Servicios al Afiliado y el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los proveedores y las farmacias. Si necesita ayuda para buscar un proveedor o una farmacia de la red, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Si quiere que le envíen por correo un *Directorio de Farmacias y Proveedores*, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, solicitar uno en el enlace del sitio web o escribir por correo electrónico a SHPMSCONTACTUS@SuperiorHealthPlan.com.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red incluyen los siguientes:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que usted puede visitar como afiliado a nuestro plan.
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan;
 - agencias de cuidado de la salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) y otros que ofrecen artículos y servicios que se obtienen a través de Medicare o Medicaid de Texas.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para buscar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Si quiere obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El Departamento de Servicios al Afiliado y el sitio web de STAR+PLUS MMP pueden darle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores y las farmacias de la red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. En esta se indican qué medicamentos que requieren receta médica están cubiertos por Superior STAR+PLUS MMP.

También le informa si existe alguna regla o restricción para algún medicamento, como el límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, página 121, para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos*, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com o llame al 1-866-896-1844 (TTY: 711).

J4. Explicación de Beneficios

Cuando use los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios* (por sus siglas en inglés, *EOB*).

La *Explicación de Beneficios* le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre, ha gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. El Capítulo 6 tiene más información sobre la *Explicación de Beneficios* y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible una *Explicación de Beneficios* si lo solicita. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

Puede mantener su registro de afiliación actualizado informándonos sobre los cambios en sus datos.

Las farmacias y los proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta, **ya que utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales.
- Cualquier reclamo de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- La admisión en un hospital o una casa de reposo.
- La atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted).
- La participación en un estudio de investigación clínica.

Si cambia algún dato, infórmenos llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711).

También puede actualizar su información visitando nuestro sitio web, mmp.SuperiorHealthPlan.com. Haga clic en el botón "Login" (Ingresar). Ingrese o cree una cuenta nueva. Luego envíenos un mensaje seguro. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas o necesita ayuda.

K1. Privacidad de la información médica personal

La información que aparece en su registro de afiliación puede incluir información médica personal (por sus siglas en inglés, PHI). Las leyes nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C, página 149.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a responder las preguntas que tenga sobre Superior STAR+PLUS MMP y sus beneficios de atención de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de servicios y otras personas que puedan actuar como defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Superior STAR+PLUS MMP	15
A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado	15
B. Cómo comunicarse con el coordinador de servicios	19
B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de servicios	20
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras	21
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras	21
D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis por Abuso de Sustancias y Salud del Comportamiento	22
D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis por Abuso de Sustancias y Salud del Comportamiento	22
E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud	23
E1. Cuándo comunicarse con el HICAP	23
F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	24
F1. Cuándo comunicarse con KEPRO	24
G. Cómo comunicarse con Medicare	25
H. Cómo comunicarse con Medicaid de Texas	26
I. Cómo comunicarse con la Oficina de la Defensoría de la HHSC	27
J. Cómo comunicarse con la Defensoría de Atención a Largo Plazo de Texas	28

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Superior STAR+PLUS MMP

POR TELÉFONO	<p>1-866-896-1844. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Para obtener ayuda con un problema de salud urgente, también puede llamar a la Línea de Consultas con Enfermeras o a la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento, al 1-866-896-1844, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame a su proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) dentro de las 24 horas o lo antes posible.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR FAX	1-866-918-4447
POR CORREO	Superior STAR+PLUS MMP Attn: MMP Member Services 1575 N. Resler Drive El Paso, TX 79912
POR CORREO ELECTRÓNICO	SHPMSCONTACTUS@SuperiorHealthPlan.com
SITIO WEB	mmp.SuperiorHealthPlan.com

A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de afiliados.
- Decisiones de cobertura sobre la atención de salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Una decisión de cobertura sobre la atención de salud es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos;
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con la atención de salud.
- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171.
- Apelaciones sobre la atención de salud.
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura, y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171.
- Quejas sobre la atención de salud.
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluso sobre un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F a continuación, en la página 25).
 - Si la queja es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece más arriba).
 - Puede enviar una queja sobre Superior STAR+PLUS MMP directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con la atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección 10, página 211.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos.
 - Una decisión de cobertura sobre medicamentos es una decisión relacionada con lo siguiente:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos;
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D, los medicamentos que requieren receta médica de Medicaid y los medicamentos de venta libre de Medicaid.
 - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Apelaciones sobre los medicamentos.
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid de Texas puede cubrir. Los medicamentos que no son medicamentos de la parte D se incluyen en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* como medicamentos del nivel 3.

Puede presentar una apelación por un medicamento de la Parte D enviando una solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación. También puede hacerlo llamándonos al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviar la apelación por fax al 1-844-273-2671.

Superior STAR+PLUS MMP
Attn: Appeals and Grievances - Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd.
St. Louis, MO 63105

Para presentar una apelación por un medicamento de Medicaid de Texas, llámenos al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviar la apelación por fax al 1-844-273-2671. Si quiere realizar la apelación por escrito, envíela a la dirección que figura a continuación.

Superior STAR+PLUS MMP Attn: Appeals and Grievances 5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

- Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, página 191.
- Quejas sobre los medicamentos.
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia, incluidas las quejas sobre medicamentos que requieren receta médica.
 - Si la queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre Superior STAR+PLUS MMP directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Si quiere obtener más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección 10, página 211.
- Pago por atención de salud o medicamentos que ya pagó.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.
 - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección 5.5, página 186, para obtener más información sobre las apelaciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



B. Cómo comunicarse con el coordinador de servicios

El coordinador de servicios es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Esta persona ayuda a coordinar a todos sus proveedores, servicios y apoyo. Usted tendrá acceso a un coordinador de servicios que se le asignará automáticamente. Para comunicarse con su coordinador de servicios o cambiarlo, llame a los números de teléfono que se indican a continuación:

POR TELÉFONO	<p>1-855-772-7075. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR FAX	<p>1-855-277-5700</p>
POR CORREO	<p>Superior STAR+PLUS MMP Attn: MMP Service Coordination, Forum II Building, 7990 IH 10 West, Suite 300 San Antonio, TX 78230</p>
SITIO WEB	<p>mmp.SuperiorHealthPlan.com</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de servicios

- Preguntas sobre la atención de salud.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte, y servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS).

Los LTSS se encuentran disponibles para los afiliados que participan en determinados programas de exención administrados por el servicio de exención de STAR+PLUS para recibir servicios comunitarios y en el hogar.

Los afiliados con diferentes exenciones pueden obtener distintas clases y cantidades de LTSS. Si considera que necesita LTSS, puede hablar con su coordinador de servicios sobre cómo acceder a ellos y si puede inscribirse en una de estas exenciones. El coordinador de servicios puede brindarle información sobre cómo solicitar una exención adecuada y sobre los recursos que tiene disponibles conforme al plan.

A veces, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención de salud y de la vida. Puede obtener los servicios que presentamos a continuación:

- atención de enfermería especializada;
- fisioterapia;
- terapia ocupacional;
- terapia del habla;
- servicios sociales médicos;
- cuidado de la salud en el hogar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

La Línea de Consultas con Enfermeras atendida las 24 horas es un recurso valioso que se brinda a los afiliados a Superior STAR+PLUS MMP, pero no debe sustituir la visita al proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP). La Línea de Consultas con Enfermeras le brinda orientación sobre preguntas relacionadas con la atención de salud y le proporciona información sobre las opciones de tratamiento y los recursos disponibles. Las llamadas a la Línea de Consultas con Enfermeras son gratuitas.

POR TELÉFONO	<p>1-866-896-1844. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de Consultas con Enfermeras se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La Línea de Consultas con Enfermeras se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

- Preguntas sobre la atención de salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis por Abuso de Sustancias y Salud del Comportamiento

La Línea para Casos de Crisis por Abuso de Sustancias y Salud del Comportamiento es para los afiliados que necesitan hablar urgentemente con un especialista en salud mental o en abuso de sustancias.

Si está atravesando una emergencia de vida o muerte, llame al 911 o vaya al hospital más cercano.

<p>POR TELÉFONO</p>	<p>1-866-896-1844. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Presione “#” una vez que le contesten la llamada. Un miembro del personal capacitado atenderá su llamada.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan español.</p>
<p>TTY</p>	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis por Abuso de Sustancias y Salud del Comportamiento

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento.
- Preguntas sobre servicios de tratamiento para el abuso de sustancias.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud

El Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP) brinda orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) de Texas.

El HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

POR TELÉFONO	1-800-252-3439
TTY	711 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

E1. Cuándo comunicarse con el HICAP

- Preguntas sobre el seguro de salud de Medicare.
 - Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo con lo siguiente:
 - comprender sus derechos;
 - comprender sus opciones de planes;
 - presentar quejas sobre su atención de salud o tratamiento;
 - solucionar problemas con sus facturas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Nuestro estado cuenta con una organización llamada KEPRO. Está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. KEPRO no está relacionada con nuestro plan.

POR TELÉFONO	1-888-315-0636
TTY	1-855-843-4776 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

F1. Cuándo comunicarse con KEPRO

- Preguntas sobre la atención de salud.
 - Puede presentar una queja sobre la atención que ha recibido en los siguientes casos:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto;
 - considera que su cuidado de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) finalizan demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



G. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS).

POR TELÉFONO	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
SITIO WEB	<p>https://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare de su estado si selecciona “Forms, Help & Resources” (Formularios, ayuda y recursos) y luego hace clic en “Phone numbers & websites” (Números de teléfono y sitios web).</p> <p>El sitio web de Medicare cuenta con la siguiente herramienta, que puede ayudarlo a encontrar los planes disponibles en su área:</p> <p>Buscador de planes de Medicare: Le proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Seleccione “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y medicamentos).</p> <p>Si no tiene computadora, puede visitar este sitio web en la de su biblioteca o centro para la tercera edad locales. O puede llamar a Medicare, al número antes mencionado, y comentarles qué está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



H. Cómo comunicarse con Medicaid de Texas

Medicaid de Texas ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, llame a Medicaid de Texas.

POR TELÉFONO	1-800-252-8263 o 2-1-1
TTY	1-800-735-2989 o 7-1-1
POR CORREO	Texas Health and Human Services Commission P.O. Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	https://yourtexasbenefits.com/Learn/Home

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



I. Cómo comunicarse con la Oficina de la Defensoría de la HHSC

La Oficina de la Defensoría de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, HHSC) actúa como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. La Oficina de la Defensoría de la HHSC también ayuda a las personas inscritas en Medicaid de Texas con los servicios o la facturación. No está relacionada con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Es un programa independiente y sus servicios son gratuitos.

POR TELÉFONO	1-866-566-8989
TTY	711 o 1-800-735-2989 (gratuito) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P. O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	http://www.hhsc.state.tx.us/ombudsman/

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



J. Cómo comunicarse con la Defensoría de Atención a Largo Plazo de Texas

La Defensoría de Atención a Largo Plazo de Texas es un programa de defensoría que ayuda a las personas a obtener información sobre las casas de reposo y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

POR TELÉFONO	1-800-252-2412
TTY	711 o 1-800-735-2989 (gratuito) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Texas Long-Term Care Ombudsman Program Texas Health and Human Services P.O. Box 149030 MC-W250 Austin, TX 78714-9030
POR CORREO ELECTRÓNICO	ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us
SITIO WEB	https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención de salud y otros servicios cubiertos de Superior STAR+PLUS MMP. Aquí también se ofrece información acerca de su coordinador de servicios, cómo obtener atención de los diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos los proveedores o las farmacias fuera de la red), qué hacer cuando los servicios cubiertos por nuestro plan se le facturan directamente a usted y cuáles son las reglas para ser propietario de equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Información sobre servicios, servicios cubiertos, proveedores y proveedores de la red	31
B. Reglas para obtener atención de salud, salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo cubiertos por el plan	31
C. Información sobre el coordinador de servicios	33
C1. Qué es un coordinador de servicios	33
C2. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios.....	33
C3. Cómo cambiar su coordinador de servicios	33
C4. Qué puede hacer el coordinador de servicios por usted.....	34
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan de salud	34
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	34
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	37
D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan	38
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	38
D5. Cómo cambiar de plan de salud.....	39

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo.....	40
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento	42
G. Cómo obtener atención dirigida por el paciente	42
G1. Qué es la atención dirigida por el paciente	42
G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente.....	42
G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de atención personal	43
H. Cómo obtener servicios de transporte.....	43
I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre.....	44
I1. Atención si tiene una emergencia médica.....	44
I2. Atención requerida de urgencia.....	46
I3. Atención en caso de desastre	47
J. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan.....	47
J1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios	47
K. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica	48
K1. Definición de estudio de investigación clínica	48
K2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica.....	49
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica.....	49
L. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de salud	49
L1. Definición de institución religiosa no médica de atención de salud.....	49
L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud.....	49
M. Equipo médico duradero	50
M1. Equipo médico duradero para el afiliado a nuestro plan.....	50
M2. Propiedad del DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage.....	51

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. Información sobre servicios, servicios cubiertos, proveedores y proveedores de la red

Los servicios son la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, la salud del comportamiento, los medicamentos de venta libre y que requieren receta médica, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios que paga el plan. La atención de salud y los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4, Sección D, página 56.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico, y servicios y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le proporcionan a usted. Si consulta a un proveedor de la red, en general, usted no paga los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener atención de salud, salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo cubiertos por el plan

Superior STAR+PLUS MMP cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Texas. Estos incluyen los servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS).

En general, Superior STAR+PLUS MMP paga por la atención de salud y los servicios que obtiene si sigue las reglas del plan. Para que el plan le ofrezca cobertura:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D, página 56, de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Esto significa que la atención debe ser razonable y necesaria para prevenir o tratar enfermedades o afecciones de salud o discapacidades. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Usted debe contar con un **proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP)** de la red que haya indicado la atención o que le haya indicado consultar a otro médico. Como afiliado al plan, usted debe seleccionar a un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Superior STAR+PLUS MMP no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Si quiere obtener más información sobre las remisiones, consulte la página 36.
 - Usted no necesita una remisión de su PCP para atención de emergencia o atención requerida de urgencia, o para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte la página 36.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 36.
 - **Nota:** Durante los primeros 90 días en nuestro plan, puede seguir consultando a sus proveedores actuales sin costo si estos no forman parte de nuestra red. Durante los 90 días, el coordinador de servicios se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores nuestra la red. Después de los 90 días, ya no cubriremos su atención si continúa consultando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no pagará la atención de un proveedor que no trabaje para el plan de salud. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Se cubre la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significan atención de emergencia o atención requerida de urgencia, consulte la Sección I, página 45.
 - Si necesita atención cubierta por el plan y los proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Se requiere una autorización previa del plan para los servicios fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención sin cargo para usted. Si quiere información acerca de cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 35.
 - Se cubren los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan durante un breve período. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir consultado a los proveedores actuales durante 90 días como máximo.
- Si necesita seguir consultando a sus proveedores fuera de la red después de los primeros 90 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor establece un acuerdo con nosotros para la atención de un único caso. Si usted se encuentra bajo un tratamiento en curso con un proveedor fuera de la red y cree que necesitará un acuerdo para la atención de un único caso para continuar con el tratamiento, comuníquese con el coordinador de servicios al 1-855-772-7075 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

C. Información sobre el coordinador de servicios

Su equipo de atención está compuesto por un coordinador de servicios de Superior STAR+PLUS MMP junto con cualquier otra persona que usted elija (como un familiar o un cuidador), sus proveedores y, principalmente, usted. Los coordinadores de servicios se encargan de garantizar que usted obtenga los mejores resultados en la atención. Para garantizar que el coordinador de servicios entienda sus necesidades de atención de salud, le hará preguntas sobre su atención de salud actual. De este modo, se asegurará de que usted reciba la coordinación de atención adecuada. La coordinación de servicios es la forma en que el equipo de atención trabaja con usted, su familia y sus proveedores para garantizar la coordinación de todas sus necesidades. Nuestros coordinadores de servicios les proporcionan información a usted y a sus proveedores para asegurarse de que usted reciba el tratamiento más adecuado.

C1. Qué es un coordinador de servicios

El administrador de servicios lo ayuda a coordinar todos sus proveedores y servicios. Trabaja con su equipo de atención y la administración de la atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. La administración de la atención es un programa que utiliza Superior STAR+PLUS MMP para coordinar la atención de nuestros afiliados.

C2. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios

Puede comunicarse con su coordinador de servicios llamando al 1-855-772-7075 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

C3. Cómo cambiar su coordinador de servicios

Si quiere cambiar de coordinador de servicios, puede llamar al 1-855-772-7075 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Lo llamaremos el siguiente día hábil.

C4. Qué puede hacer el coordinador de servicios por usted

- El coordinador de servicios puede hacer lo siguiente:
 - Identificar y atender sus necesidades de atención de salud.
 - Ayudarlo a obtener los servicios y el apoyo que necesita.
 - Trabajar con usted, su familia, los servicios de apoyo comunitario y sus médicos para desarrollar un plan de atención.
 - Trabajar con su proveedor de atención primaria para coordinar su atención con otros proveedores.
 - Ayudarlo a encontrar recursos comunitarios para los servicios no cubiertos por Superior STAR+PLUS MMP.
 - Enseñarles a usted y a su familia cómo coordinar su propia atención y servicios.
- Según sus beneficios, el coordinador de servicios puede ayudarlo a encontrar lo siguiente:
 - Una persona que lo ayude en el hogar con las tareas diarias, como bañarse, cocinar o vestirse.
 - Cuidado de la salud en el hogar a corto plazo para brindar un descanso a los cuidadores.
 - Recursos comunitarios de alojamiento.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan de salud

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que proporcione y coordine su atención.

Qué es un PCP y qué hace por usted

Cuando se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos de nuestro plan para ser un PCP y está capacitado para proporcionarle atención médica básica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844

(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Como explicamos a continuación, usted recibirá de su PCP atención básica o de rutina.

Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes proveedores o, en determinadas circunstancias (p. ej., embarazo), puede ser incluso un especialista:

- medicina familiar;
- medicina interna;
- medicina general;
- obstetricia/ginecología;
- geriatría;
- pediatría;
- enfermero especializado certificado con práctica médica (por sus siglas en inglés, CNP) y asistente médico (por sus siglas en inglés, PA);
- centro de salud federalmente calificado (por sus siglas en inglés, FQHC) o clínica de salud rural (por sus siglas en inglés, RHC).

Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado al plan. Si es necesario, el PCP lo remitirá a otros médicos (especialistas) o indicará que lo admitan en el hospital.

- El PCP determina qué especialistas y hospitales lo atenderán porque están asociados con ciertos especialistas y hospitales de nuestra red.
- Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención y lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado a nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:
 - rayos X;
 - pruebas de laboratorio;
 - terapias;
 - atención de médicos que son especialistas;
 - admisiones en el hospital;
 - atención de seguimiento.

Coordinar los servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP o especialista deberá solicitarnos una autorización previa (aprobación previa).

Debido a que su PCP proporcionará y coordinará la atención médica, usted debe solicitar que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. En el Capítulo 8, Sección D, página 157, se explica cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal.

Una vez que esté inscrito en Superior STAR+PLUS MMP, su PCP, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija (como un familiar o un cuidador), elaborará un plan de atención personalizado diseñado especialmente para usted. Su coordinador de servicios trabajará con usted y su PCP para desarrollar su plan de atención y asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Su médico es responsable de coordinar toda la atención médica y de recurrir a otros especialistas, si es necesario. Su plan de atención incluirá todos los servicios que su PCP o el coordinador de servicios del plan hayan autorizado para que usted reciba como afiliado a Superior STAR+PLUS MMP. Su PCP o un miembro del equipo de administración de la atención revisan y aprueban cualquier cambio en el plan de atención para asegurarse de que usted reciba la atención adecuada.

También reevalúan sus necesidades, por lo menos, cada 365 días o con más frecuencia si es necesario.

Su elección del PCP

Puede elegir a cualquiera de los PCP de la red que se enumeran en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Revise nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores* o llame al Departamento de Servicios al Afiliado para elegir su PCP. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado llamando al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento durante el año. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si el PCP que tiene ahora abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarlo a encontrar uno nuevo.

Si quiere cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Se le emitirá otra tarjeta de identificación en la que figure el nuevo PCP. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. En ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar brindándole atención luego de abandonar nuestra red. Para obtener detalles específicos, comuníquese con el plan.

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de consultar a otros proveedores. Esta aprobación se denomina remisión. Puede obtener servicios como los que se detallan a continuación sin obtener la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores dentro o fuera de la red.
- Atención requerida de urgencia de proveedores dentro de la red.
- Atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de dejar el área de servicio. Podemos ayudarlo con sus servicios de diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicio).
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esta atención incluye exámenes de senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si reúne los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede consultar a estos proveedores sin una remisión.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Es muy importante hablar con su PCP antes de ver a un especialista o a determinados proveedores del plan (hay algunas excepciones, que incluyen atención de salud de rutina para mujeres, como explicamos antes en esta sección). El PCP puede ayudarlo a coordinar la visita al especialista. Si un especialista considera que usted necesita servicios especializados adicionales, solicitará autorización directamente a Superior STAR+PLUS MMP. Para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de Beneficios que comienza en el Capítulo 4, Sección D, página 56, de este manual.

Si quiere usar especialistas específicos, consulte si su PCP remite pacientes a esos especialistas. El PCP del plan usa determinados especialistas del plan para las remisiones porque están asociados con ciertos especialistas y hospitales de nuestra red. Esto significa que el PCP que usted elija puede ayudar a determinar los especialistas que usted puede consultar. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento si quiere ver a un especialista del plan al que su PCP actual no lo remite.

Consulte la sección anterior, “Cómo cambiar de PCP”, donde brindamos información acerca de cómo cambiar de PCP. Si quiere acudir a hospitales específicos, debe averiguar si los médicos que consultará atienden en esos hospitales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844

(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que usted está utilizando puede abandonar el plan. Si uno de sus proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento médicamente necesario.
- Si cree que no se reemplazó su proveedor anterior con un proveedor calificado, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que uno de sus proveedores está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a coordinar su atención. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Usted puede obtener servicios de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de servicios especializados no están disponibles dentro de la red. Para que los servicios estén cubiertos por un proveedor fuera de la red, su proveedor de la red (generalmente, su PCP) debe solicitar autorización previa (aprobación por adelantado) a Superior STAR+PLUS MMP.

Un coordinador de servicios capacitado para comprender la atención que usted recibiría de un especialista revisará todas las solicitudes de autorización previa. Su coordinador de servicios intentará determinar si los servicios necesarios se encuentran disponibles dentro de nuestra red de especialistas.

Si el servicio no se encuentra disponible dentro de la red de nuestro plan, se aprobará su solicitud. Es posible que existan ciertas limitaciones en la aprobación, como una consulta inicial, o un tipo o una cantidad de servicios específicos. Si los servicios del especialista se encuentran disponibles dentro de la red de su plan, la solicitud de servicios fuera de la red puede denegarse por tratarse de “servicios disponibles en la red”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Al igual que con cualquier denegación, usted puede apelar la determinación.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, este deberá cumplir con los requisitos para participar en Medicare o Medicaid de Texas.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumple con los requisitos para participar en Medicare o Medicaid de Texas.
- Si consulta a un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no cumplen con los requisitos para participar en Medicare.

D5. Cómo cambiar de plan de salud

Usted puede cambiar su plan de salud. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección A, página 217. También puede recibir ayuda de los siguientes recursos:

- Llame a la Línea de Ayuda de STAR+PLUS, al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud al 1-800-252-3439 (TTY: 711).
- Llame a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo

Los servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS) lo ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarlo con las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, hacer la comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se proporcionan en el hogar o en la comunidad, pero también podrían proporcionarse en una casa de reposo o en un hospital.

Los LTSS se encuentran disponibles para los afiliados que participan en determinados programas de exención administrados por STAR+PLUS para recibir servicios comunitarios y en el hogar a través de Medicaid de Texas. El programa de exención para recibir servicios comunitarios y en el hogar incluye LTSS como los siguientes:

- tutela temporal para adultos;
- residencia asistida;
- rehabilitación cognitiva;
- respuesta de emergencia;
- atención de relevo.

Los afiliados con diferentes exenciones pueden obtener distintas clases y cantidades de LTSS. Si considera que necesita LTSS, puede hablar con su coordinador de servicios sobre cómo acceder a ellos y si puede inscribirse en una de estas exenciones. El coordinador de servicios puede brindarle información sobre cómo solicitar una exención adecuada y sobre los recursos que tiene disponibles conforme al plan.

Llame al 1-855-772-7075 (TTY: 711) para comunicarse con su coordinador de servicios. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Cuando reciba LTSS, tenga en cuenta lo siguiente:

Cómo denunciar casos de maltrato, abandono o explotación

Conozca sus derechos

Usted confía en que su médico, cuidador o ser querido le brindarán la atención necesaria. Cree que siempre actuarán del modo que sea más conveniente para usted. En ocasiones, cuando otra persona colabora en su atención, puede aprovecharse de usted. Es importante reconocer los signos de maltrato, abandono y explotación (por sus siglas en inglés, ANE). Si esto sucede, es fundamental denunciarlo. De este modo, podrá estar seguro y obtener la atención que necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



¿Qué es el maltrato?

Maltrato significa causarle cualquier lesión física, sexual o mental. También puede incluir aprovecharse de sus recursos económicos.

¿Qué es el abandono?

El abandono se produce cuando alguien no es capaz de satisfacer sus necesidades de vida o se niega a hacerlo. Esto incluye alimentos, vestimenta, amparo o atención médica.

¿Qué es la explotación?

Explotación es el acto o proceso ilegal o indebido en el que se utiliza a una persona que recibe atención, o sus recursos, para provecho, ganancia o beneficio económico o personal.

Denuncias ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

Presente una denuncia ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas si cree que ha sido víctima y reside en uno de los siguientes lugares o recibe servicios allí:

- Centros de enfermería.
- Centros de residencia asistida.
- Agencias de servicios de apoyo comunitario y en el hogar (por sus siglas en inglés, HCSSA). Los proveedores deben presentar las denuncias por ANE al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (por sus siglas en inglés, DFPS) y a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.
- Centros de cuidado diurno para adultos.
- Proveedores con licencia de tutela temporal para adultos.

Comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-458-9858 (TTY: 711).

Denuncias ante el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección

Presente una denuncia ante el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (por sus siglas en inglés, DFPS) si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Es un adulto mayor o tiene una discapacidad y recibe servicios de los siguientes prestadores:
 - HCSSA (las denuncias relacionadas con HCSSA también deben presentarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas).
 - Un proveedor sin licencia de tutela temporal para adultos con tres o menos camas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844

(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Es un adulto con discapacidad o un niño que reside en uno de los siguientes proveedores o sus contratistas, o recibe sus servicios:
 - Autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo (por sus siglas en inglés, LIDDA), autoridad local de salud mental (por sus siglas en inglés, LMHA), centro comunitario o centro de salud mental administrado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud.
 - Una persona que tiene contrato con una organización de atención administrada por Medicaid para brindar servicios de salud del comportamiento.
 - Una organización de atención administrada.
 - Un funcionario, empleado, agente, contratista o subcontratista de cualquiera de las personas o entidades antes mencionadas.
 - Un adulto con discapacidad que recibe servicios a través de los Servicios Administrados por el Cliente.

Comuníquese con el DFPS al 1-800-252-5400 (TTY: 711) o, en situaciones que no son de emergencia, visite el sitio web www.txabusehotline.org.

F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento se encuentran disponibles para todos los afiliados de Superior STAR+PLUS MMP. La mayoría de los tratamientos para pacientes ambulatorios individuales que se describen en el Capítulo 4 están cubiertos con un proveedor de la red, con autorización previa. Para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de Beneficios que comienza en el Capítulo 4, Sección D, página 56, de este manual. Para obtener otros servicios de salud del comportamiento, comuníquese con su coordinador de servicios o su PCP.

G. Cómo obtener atención dirigida por el paciente

G1. Qué es la atención dirigida por el paciente

La atención dirigida por el paciente le permite contratar a sus propios asistentes de atención personal (por sus siglas en inglés, PCA). Usted es el empleador del PCA y es plenamente responsable de contratar, citar, capacitar y, si es necesario, despedir a los PCA.

G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente

La atención dirigida por el paciente se encuentra disponible para todos los afiliados de Superior STAR+PLUS MMP.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de atención personal

Puede elegir a una persona para que lo ayude a seleccionar los servicios del PCA. Si quiere dirigir su atención, comuníquese con el coordinador de servicios. El coordinador de servicios puede ofrecerle lo siguiente:

- una explicación clara de que la dirección de los servicios del PCA por parte del paciente es voluntaria y que el alcance de la misma es su decisión;
- una explicación clara de las opciones para seleccionar atención personal de una agencia o apoyo dirigidos por el paciente;
- una descripción del apoyo que puede necesitar según el nivel de atención que usted elija.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Si usted es beneficiario de una exención, comuníquese con su coordinador de servicios para obtener información específica sobre los servicios de transporte de exención. Puede comunicarse con el coordinador de servicios del plan llamando al 1-855-772-7075 (TTY: 711).

El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Medicaid de Texas ofrece un Programa de Transporte Médico (por sus siglas en inglés, MTP) que ayuda a programar el transporte que no es de emergencia a citas de atención de salud para clientes de Medicaid de Texas que cumplen con los requisitos y que no tienen otras opciones de transporte. MTP puede ayudarlo con viajes al médico, dentista, hospital, farmacia o cualquier otro lugar donde obtiene servicios de Medicaid de Texas. Para obtener estos servicios, llame al 1-877-633-8747.

Todas las solicitudes de servicios de transporte deben realizarse entre 2 y 5 días antes de la cita. Es posible que se autoricen excepciones en caso de emergencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre

11. Atención si tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas, como dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:

- Un riesgo grave para la salud de la mujer o del niño por nacer.
- Un daño grave a las funciones del cuerpo.
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente:
 - No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911, o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted no necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP.
- **Informe a Superior STAR+PLUS MMP sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia debido a una demora en informarnos. Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si quiere obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios cubiertos en una emergencia médica

Puede obtener atención de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 56.

Nota: Si está de viaje, Medicare no cubre la atención médica de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden atención de emergencia. Estos médicos nos avisarán cuando la emergencia médica haya pasado.

Definición de servicios posteriores a la estabilización

Los servicios posteriores a la estabilización son aquellos que mantienen su afección estable después de la atención médica de emergencia.

Una vez que termine la emergencia, usted necesitará atención de seguimiento para asegurarse de estar mejor. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomem su atención lo antes posible.

Qué debe hacer si tiene una emergencia relacionada con la salud del comportamiento

Definición de emergencia de salud del comportamiento

Una emergencia relacionada con la salud del comportamiento se produce cuando una afección de la salud mental con síntomas como alucinaciones, delirios o cambios de humor los pone a usted o a otra persona en riesgo de daño grave. La afección es tan grave que, si no recibe tratamiento inmediato, los síntomas podrían ocasionar cualquiera de los siguientes resultados:

- intento de suicidio o daño autoinfligido grave;
- intento de dañar a otra persona;
- pérdida de la capacidad para velar por su cuidado o su seguridad;
- orden de internación en un hospital psiquiátrico.

Si tiene una emergencia relacionada con la salud del comportamiento, llame a la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento de Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Presione “#” una vez que le contesten la llamada. También puede llamar a su coordinador de servicios, al administrador de atención de salud del comportamiento o a la Línea para Casos de Crisis de la autoridad local de salud mental (por sus siglas en inglés, LMHA). Comuníquese con su coordinador de servicios o el administrador de atención de salud del comportamiento para obtener más información.

Si tiene una emergencia médica de riesgo vital, llame al 911.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Cómo obtener atención de emergencia cuando no se trata de una emergencia

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica o de la salud del comportamiento. Puede ir al médico para recibir atención de emergencia, y el médico le dice que no se trata de una verdadera emergencia. Mientras usted piense, de forma razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

Sin embargo, luego de que el médico indique que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional solo en estas situaciones:

- fue atendido por un proveedor de la red;
- la atención adicional que recibe se considera “atención requerida de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. (Consulte la siguiente sección).

Si no sabe si necesita atención de urgencia, puede llamar a la Línea de Consultas con Enfermeras o a la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

12. Atención requerida de urgencia

Definición de atención requerida de urgencia

La atención requerida de urgencia es la atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, puede tener un rebrote de una afección existente y necesita que lo atiendan.

Atención requerida de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención requerida de urgencia solo si cumple estas dos condiciones:

- obtiene esta atención de un proveedor de la red;
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede obtener la atención de un proveedor de la red, cubriremos la atención requerida de urgencia que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios requeridos de urgencia, debe dirigirse al centro de atención de urgencia más cercano que esté abierto. Si está buscando atención de urgencia en nuestra área de servicio, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener una lista de los centros de atención de urgencia que se encuentran en la red de su plan.

Atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, se cubrirá la atención requerida de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Nuestro plan no cubre la atención requerida de urgencia u otro tipo de atención que se obtenga fuera de los Estados Unidos.

13. Atención en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran a su área geográfica en estado de desastre o emergencia, usted tendrá derecho a recibir atención de Superior STAR+PLUS MMP, incluso en esa situación.

Si quiere información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre declarado, visite nuestro sitio web, mmp.SuperiorHealthPlan.com.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitimos obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos que requieren receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

J. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan

Si un proveedor le envía una factura en vez de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos la factura.

No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda hacerle un reembolso.

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139, para saber qué debe hacer.

J1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios

Superior STAR+PLUS MMP cubre todos los servicios con las siguientes características:

- son médicamente necesarios;
- se detallan en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D, página 56);
- se obtienen al seguir las reglas del plan.

Si obtiene servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **usted debe pagar el costo total.**

Tiene derecho a preguntarnos si quiere saber si pagaremos cualquier servicio o atención médica. Además, tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



El Capítulo 9, Sección 4, página 171, explica qué debe hacer si quiere que el plan cubra un servicio o un artículo médico determinados. También le explica cómo presentar una apelación de la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un límite determinado. Si se pasa del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para conocer esos límites y qué tan cerca se encuentra de alcanzarlos.

Nuestro plan no está autorizado a reembolsarles a los afiliados los beneficios cubiertos por Medicaid de Texas. Si tiene preguntas sobre los beneficios cubiertos por Medicaid de Texas, consulte el Capítulo 2, Sección H, página 27 para obtener más información.

K. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado estudio clínico) es la forma en la que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos y atención de salud. Ellos solicitan voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo medicamento o atención de salud funcionan o si son seguros.

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que quiere participar, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted reúne los requisitos para participar en él. Puede permanecer en el estudio mientras cumpla con los requisitos necesarios. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted tendrá que estar inscrito en nuestro plan. De esta forma, continúa obteniendo la atención del plan que no está relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener nuestra aprobación ni la aprobación de su proveedor de atención primaria. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio formen parte de la red de proveedores.

Usted sí debe informarnos antes de comenzar la participación en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de servicios deben comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos que participará en un estudio clínico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



K2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si es voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará ninguno de los servicios cubiertos en el estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos en el estudio y los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted estará cubierto para la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- La habitación y el alojamiento para una hospitalización cubiertos por Medicare aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forman parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no aprobó**, usted tendrá que pagar todos los costos de su participación en el estudio.

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la sección “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y Estudios de Investigación Clínica), en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de salud

L1. Definición de institución religiosa no médica de atención de salud

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa no médica de atención de salud.

Usted puede elegir recibir atención de salud en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se aplica a los servicios para pacientes internados de Medicare Parte A (servicios de atención de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de salud.

L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud

Para obtener la atención de una institución religiosa no médica de atención de salud, usted debe firmar un documento legal que manifieste que usted se opone a recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- Un tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención voluntaria y no exigida por ninguna ley local, estatal o federal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención médica que no sea voluntaria y se exija conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que usted obtiene de una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

Se cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria para pacientes internados si el plan lo autoriza. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios que comienza en el Capítulo 4, Sección D, página 56.

M. Equipo médico duradero

M1. Equipo médico duradero para el afiliado a nuestro plan

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) son algunos artículos solicitados por un proveedor para que usted pueda utilizar en su casa. Por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será propietario de algunos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como afiliado a Superior STAR+PLUS MMP, en general, usted no será propietario del DME, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

En determinadas situaciones, vamos a transferirle la propiedad del DME. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844

(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Aunque haya tenido el DME durante 12 meses consecutivos mientras estaba afiliado a Medicare antes de haberse afiliado a nuestro plan, no será propietario del equipo.

Se cubrirán algunos artículos de DME y productos que normalmente se consiguen en una farmacia. Superior STAR+PLUS MMP paga los nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si quiere obtener más información sobre estos beneficios.

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de 13 meses de alquiler. En un plan Medicare Advantage, el plan puede fijar la cantidad de meses durante los cuales las personas deben alquilar determinados DME antes de convertirse en propietarios de esos equipos.

Nota: Puede encontrar las definiciones de los planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede obtener más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2020*. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos a Medicare Original o la cantidad de pagos consecutivos que fije el plan Medicare Advantage para ser propietario del DME en los siguientes casos:

- No obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo inscrito en nuestro plan.
- Abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare Original o del plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el DME mientras estaba afiliado a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage antes de haberse afiliado a nuestro plan, **esos pagos que realizó a Medicare Original o al plan Medicare Advantage no cuentan para los pagos que debe hacer después de abandonar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos a Medicare Original, o la cantidad de pagos consecutivos nuevos que fije el plan Medicare Advantage, para ser propietario del DME.
- No haremos excepciones cuando vuelva a afiliarse a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

En este capítulo se informa sobre los servicios que Superior STAR+PLUS MMP cubre y todas las restricciones o los límites que tienen esos servicios. También le informa sobre los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Los servicios cubiertos.....	54
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios.....	54
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan	54
D. La Tabla de Beneficios.....	56
E. Nuestros servicios comunitarios y en el hogar	96
F. Beneficios cubiertos fuera de Superior STAR+PLUS MMP	109
F1. Cuidado de enfermos terminales.....	109
F2. Servicios de transporte médico que no sea de emergencia.....	109
F3. Evaluación antes de la admisión y revisión del residente.....	110
G. Beneficios no cubiertos por Superior STAR+PLUS MMP, Medicare o Medicaid de Texas.....	110

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. Los servicios cubiertos

Este capítulo le indica los servicios que paga Superior STAR+PLUS MMP. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, Sección C, página 121. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medicaid de Texas, no tiene que pagar sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, página 32, para obtener más información sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame a su coordinador de servicios o al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El horario de atención del Departamento de Servicios al Afiliado es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. El horario de atención del coordinador de servicios es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

No permitimos que los proveedores de Superior STAR+PLUS MMP le facturen los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139, o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Esta Tabla de Beneficios le indica los servicios que paga el plan. Detalla las categorías de servicios y explica los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios detallados en la Tabla de Beneficios solo cuando se sigan las reglas que explicamos a continuación. No tiene que pagar ningún servicio detallado en la Tabla de Beneficios, mientras cumpla con los siguientes requisitos de cobertura.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Texas deben ser provistos según las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Texas.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que se necesitan los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.

- Obtiene esta atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3, Sección D, página 34, tiene más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Si quiere información sobre cómo obtener servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Superior STAR+PLUS MMP al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si quiere obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.
- Cuenta con un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama remisión. El Capítulo 3, Sección B, página 31, le brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita obtenerla.
- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en negrita en la Tabla de Beneficios.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



D. La Tabla de Beneficios

Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Se cubrirá una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de un médico, un asistente médico, un enfermero especializado con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>
<p>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</p> <p>Se cubrirá una evaluación del consumo indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este. Esto incluye a las embarazadas.</p> <p>Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un proveedor de atención primaria calificado o un profesional en el ámbito de la atención primaria.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia en avión, en helicóptero y por tierra. La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud. El plan debe aprobar los servicios de ambulancia para otros casos.</p> <p>En los casos que no son emergencias, es posible que el plan pague una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha permanecido en Medicare Parte B durante más de 12 meses, puede obtener un chequeo anual. Esto es establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: El primer chequeo anual no puede realizarse en el plazo de los 12 meses siguientes a la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Los chequeos anuales estarán cubiertos una vez que haya permanecido en la Parte B durante 12 meses. No es necesario haber cumplido primero con la visita “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Todos los afiliados que hayan realizado una visita anual de bienestar recibirán \$20 como recompensa, que se cargarán en su tarjeta de recompensas de My Health Pays™ de Superior STAR+PLUS MMP.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de salud del comportamiento</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • administración de casos de riesgo de salud mental; • servicios de rehabilitación de salud mental. <p>Todos los afiliados que hayan realizado una visita de seguimiento con un proveedor de salud mental en un plazo de 30 días posteriores a la internación recibirán \$20 como recompensa, que se cargarán en su tarjeta de recompensas de My Health Pays™ de Superior STAR+PLUS MMP.</p>	<p>Se debe obtener autorización previa (aprobación por adelantado) de un proveedor de salud del comportamiento designado. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Medición de masa ósea</p> <p>Se cubrirán algunos procedimientos para afiliados que reúnan los requisitos (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses, con más frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también le pagará a un médico para que observe y comente los resultados.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>
	<p>Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años; • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años; • exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses. <p>Todos los afiliados que hayan realizado una detección anual de cáncer de seno recibirán \$20 como recompensa, que se cargarán en su tarjeta de recompensas de My Health Pays™ de Superior STAR+PLUS MMP.</p>	<p>\$0</p>
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir con algunas condiciones, con la indicación de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
 <p>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Se cubrirá una visita por año con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, el médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de la aspirina; • controlarle la presión arterial; • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>	
 <p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Se cubrirán los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>	
 <p>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o de cáncer vaginal: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que tuvieron un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad fértil: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>\$0</p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p>
<p> Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años, se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses; • prueba de sangre oculta en materia fecal cada 12 meses; • prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol o prueba inmunológica fecal cada 12 meses; • detección de cáncer colorrectal en ADN cada 3 años. <p>Para las personas que presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubrirá una colonoscopia de detección (o un enema de bario de detección) cada 24 meses.</p> <p>Para las personas que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubrirá una colonoscopia de detección cada diez años (pero no en un período de 48 meses a partir de una sigmoidoscopia de detección).</p> <p>Todos los afiliados que hayan realizado una colonoscopia de detección recibirán \$20 como recompensa, que se cargarán en su tarjeta de recompensas de My Health Pays™ de Superior STAR+PLUS MMP.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p> Orientación para dejar de fumar</p> <p>Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona. <p>Si fuma y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos susceptibles al tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona. • El plan pagará ocho sesiones adicionales individuales o de grupo de orientación para dejar de fumar y de consumir tabaco. Si desea obtener más sesiones, se requiere documentación que certifique la necesidad médica. <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Se cubren los siguientes servicios para ayudarlo a cuidar su dentadura y a satisfacer sus necesidades médicas con un límite de \$750 por año para afiliados de 21 a 115 años que no están inscritos en los servicios de exención para HCBS:</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes bucales cubiertos por año. • Dos limpiezas cubiertas por año. • Un tratamiento con flúor cubierto por año. • Rayos X de aleta de mordida cubiertos solo una vez por año. <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina. • Servicios de diagnóstico. • Servicios de restauración. • Endodoncia. • Periodoncia. • Prostodoncia. • Prostodoncia. 	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>
<p> Detección de depresión</p> <p>Se cubrirá un examen de detección de depresión una vez al año. Los exámenes deben realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p> Detección de diabetes</p> <p>Se cubrirá el examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión); • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia); • obesidad; • antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucemia). <p>Los exámenes pueden estar cubiertos en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p>Todos los afiliados que hayan realizado con regularidad pruebas para el control de la diabetes (prueba de detección de diabetes HbA1c, prueba renal (prueba de detección de proteínas en la orina) y examen (ocular) de la retina) recibirán \$20 como recompensa, que se cargarán en su tarjeta de recompensas de My Health Pays™ de Superior STAR+PLUS MMP.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre, como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor del nivel de glucosa en sangre; ○ tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre; ○ dispositivos tipo lancetas y lancetas; ○ soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, se cubrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; ○ un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos). <p>El plan también pagará el ajuste de los zapatos terapéuticos hechos a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirá la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes, en algunos casos. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, página 227, de este manual).</p> <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas; • muletas; • colchones de sistema eléctrico; • suministros para diabéticos; • camas de hospital, solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar; • bombas de infusión intravenosa; • dispositivos generadores del habla; • suministros y equipo de oxígeno; • nebulizadores; • andadores. <p>Es posible que cubramos otros artículos.</p> <p>Se cubrirá todo el DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Medicaid de Texas. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá pedirle que le envíen el producto.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a servicios que cumplen con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia. y • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un riesgo grave para la salud de la mujer o del niño por nacer. <ul style="list-style-type: none"> ○ • Un daño grave a las funciones del cuerpo. • Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer. <p>Los servicios médicos obtenidos fuera del país no están cubiertos.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado luego de que su emergencia sea estabilizada, usted debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante su atención como paciente internado únicamente si el plan lo aprueba.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor para obtener algunos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de planificación familiar y tratamiento médico. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, dispositivo intrauterino, inyecciones, implantes). • Suministros para planificación familiar con receta médica (preservativos, esponjas, espumas, placas, diafragmas, capuchones). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados. • Asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Tratamiento para infecciones de transmisión sexual. • Esterilización voluntaria. (Debe ser mayor de 21 años y firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal. Deben pasar 30 días como mínimo, pero no deben pasar más de 180 días entre la fecha en la que firmó el formulario y la fecha de la cirugía). • Asesoramiento sobre genética. <p>El plan también pagará otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red del plan sobre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento contra enfermedades relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye tratamientos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento contra el sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Estudios genéticos. 	<p>\$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>Un mejor control de enfermedades. Contamos con programas de salud para ayudarlo a controlar determinadas afecciones médicas, como asma, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes. También tenemos un programa especial para brindarle ayuda si está embarazada. Los programas ofrecen materiales informativos, llamadas telefónicas y consejos de atención.</p> <p>Servicios de telecontrol. El telecontrol es un servicio de control remoto programado de datos relacionados con la salud de un afiliado.</p> <p>Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en telefonía o en la web y la línea directa de enfermería): La línea directa de enfermería es una línea de información médica atendida por enfermeros registrados que responden sus preguntas las 24 horas del día, los 365 días del año. Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p> <p>Servicios de orientación. El límite se basa en la cantidad de visitas, no en la duración de la sesión. Las sesiones individuales pueden durar 30, 45 o 60 minutos. Las sesiones grupales no tienen un tiempo estipulado, pero duran entre 45 y 60 minutos. Hay un límite de 30 visitas en total por año, independientemente del tipo de sesión (individual o grupal). Se debe obtener autorización de un proveedor de salud del comportamiento designado. La cobertura es para adultos a partir de los 21 años.</p> <p>Sistema personal de respuesta de emergencia: Cobertura para un dispositivo de respuesta en caso de emergencia médica de por vida y con una tarifa mensual. Este dispositivo de respuesta en caso de emergencia médica colgante le permite al afiliado pedir ayuda fácilmente a cualquier hora del día o de la noche. Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas, tal como lo exige Community First Choice (por sus siglas en inglés, CFC).</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de audición</p> <p>Se cubrirán los exámenes auditivos y del equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indican si usted necesita tratamiento médico. Se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>También paga pruebas auditivas de rutina y evaluación/ajuste de audífonos sin límite.</p> <p>Se cubrirán audífonos (de todo tipo) para un oído cada cinco años.</p>	<p>\$0</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>
<p> Detección del VIH</p> <p>Se cubre un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitan una prueba de detección del VIH. • Tienen un mayor riesgo de infección por VIH. <p>Para las embarazadas, se cubren hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico deberá informarnos que usted necesita estos servicios, y una agencia de cuidado de la salud en el hogar deberá brindarlos.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes. (Para estar cubiertos conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p> <p>\$0</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>
<p>Cuidado de enfermos terminales</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Se cubrirá lo siguiente mientras obtiene los servicios de cuidado de enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor; • atención de relevo a corto plazo; • atención en el hogar. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare, los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal están cubiertos a través de Medicare Original, no mediante Superior STAR+PLUS MMP.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de enfermos terminales (continúa)</p> <p>Los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por Superior STAR+PLUS MMP que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A través de Superior STAR+PLUS MMP, se cubrirán los servicios del plan que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. Se cubrirán los servicios, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted no paga estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte D de Superior STAR+PLUS MMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 127, para obtener más información. <p>Nota: Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de servicios para planificar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Puede llamar a su coordinador de servicios al 1-855-772-7075 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Se cubren los servicios de consultas en un centro de cuidado de enfermos terminales (por única vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado de enfermos terminales.</p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Vacunas</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo, y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B. <p>Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección D, página 136, para obtener más información.</p> <p>Todos los afiliados que se hayan vacunado contra la gripe recibirán \$20 como recompensa, que se cargarán en su tarjeta de recompensas de My Health Pays™ de Superior STAR+PLUS MMP.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios. • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapias ocupacional y del habla. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. <ul style="list-style-type: none"> ○ Se cubrirán la sangre completa y el concentrado de eritrocitos a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario, o usted u otra persona deberán donar el equivalente. ○ Se cubrirán todos los demás componentes sanguíneos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios de médicos. • En algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal y multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tasas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad. Si Superior STAR+PLUS MMP le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Por lo general, si existen servicios de trasplante disponibles en un centro de trasplantes local aprobado por Medicare, Superior STAR+PLUS MMP no cubrirá el transporte y el alojamiento.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para continuar recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté controlada.</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas. Por ejemplo, se aplican los 30 días del período de beneficios.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <p>Se cubrirán los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización.</p> <p>El plan puede brindar cobertura para los servicios para pacientes internados por enfermedades psiquiátricas agudas en un hospital psiquiátrico independiente en vez de en un centro de internación para cuidados intensivos.</p> <p>El plan puede brindar cobertura para los servicios de tratamiento del trastorno de abuso de sustancias en un centro de tratamiento de la dependencia de sustancias químicas en vez de en un centro hospitalario de internación para cuidados intensivos.</p>	<p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Se debe obtener autorización de un proveedor de salud del comportamiento designado.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p> <p>\$0</p>
<p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura</p> <p>Si su internación no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, se cubrirán los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio. • Rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes internados cubiertos durante una internación sin cobertura (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis y aparatos ortóticos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. Estos dispositivos tienen las siguientes funciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente); ○ reemplazan total o parcialmente la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción. • Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>\$0</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitar sobre la atención de enfermedades renales y para ayudar a que los afiliados tomen buenas decisiones sobre su atención. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe remitirlo. Se cubrirán hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, Sección B, página 32. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para autodiálisis, incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para verificar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B” en esta tabla.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado) para los servicios de diálisis. No se necesita autorización para la educación sobre enfermedades renales. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer de pulmón</p> <p>Se cubrirán los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 55 y 77 años. • Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado. • Ha fumado, al menos, 1 paquete por día durante 30 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Luego del primer examen de detección, se cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no estén bajo tratamiento de diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico.</p> <p>Se cubrirán tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Pagamos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden médica todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare</p> <p>Se cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (por sus siglas en inglés, MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio nutricional a largo plazo; • aumento de la actividad física; • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Parte B. Superior STAR+PLUS MMP pagará los siguientes medicamentos: Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele aplicarse usted mismo y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores), que fueron autorizados por el plan. • Los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A, en el momento de recibir el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Se pagan estos medicamentos si usted está confinado a su hogar, si tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. <p>En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos a terapia escalonada: mmp.superiorhealthplan.com/mmp/resources.html.</p> <p>En el Capítulo 5, página 129, se explica el beneficio de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas estén cubiertas.</p> <p>En el Capítulo 6, página 130, se explica lo que usted paga por sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería</p> <p>Los centros de enfermería atienden sus necesidades médicas, sociales y psicológicas. Eso incluye lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. habitación y alojamiento; 2. servicios sociales; 3. equipos, suministros médicos y medicamentos de venta libre; 4. servicios de rehabilitación; 5. artículos de higiene personal, como jabón, papel higiénico y loción. <p>Dentro de los primeros 30 días a partir de la primera admisión en un centro de enfermería, los afiliados recibirán un Paquete de bienvenida.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>
<p> Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubrirán los servicios de orientación para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener estos servicios en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede administrar con el plan de prevención integral. Consulte a su proveedor de atención primaria para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios para el tratamiento por uso de opioides</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos y, si corresponde, la administración y el suministro de esos medicamentos. • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias. • Terapia individual o de grupo. • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (examen toxicológico). 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X. • Radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, a partir de la cuarta pinta que necesite. Debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario, o usted u otra persona deberán donar el equivalente. Se cubrirán el almacenamiento y la administración a partir de la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	<p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubren los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a los médicos a saber si necesita ser internado en el hospital. ○ A veces, aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado paciente ambulatorio. ○ Para saber en qué casos es considerado paciente internado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención. • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de Beneficios. • Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. 	<p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los servicios de salud mental brindados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o médico con licencia del estado. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un enfermero especializado con práctica médica. • Un asistente médico. • Otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes. <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos. • Tratamiento de día. • Servicios psicosociales de rehabilitación. 	<p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Se debe obtener autorización de un proveedor de salud del comportamiento designado.</p> <p>\$0</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, entre otros.</p>	<p>Es posible que se necesiten una remisión y una autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psicoterapia; • educación del paciente; • atención de seguimiento una vez que dejó el hospital; • detección preventiva y orientación. Las visitas pueden llevarse a cabo en un entorno para pacientes ambulatorios individual o de grupo. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Se debe obtener autorización de un proveedor de salud del comportamiento designado. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>
<p>Artículos de venta libre</p> <p>Se cubren artículos de venta libre limitados, disponibles a través de la compra por correo como un beneficio flexible gratuito para los afiliados. Los artículos cubiertos no necesitan receta médica y no están cubiertos a través del beneficio de farmacia de los afiliados.</p> <p>Este beneficio está disponible únicamente para los afiliados al plan en la comunidad. No está disponible para los afiliados al plan que estén en un centro de enfermería.</p> <p>Se cubren hasta \$35 por mes calendario.</p>	<p>\$0</p> <p>Los artículos pueden solicitarse a través del proveedor de beneficios de farmacia del plan.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de internación parcial</p> <p>La internación parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico o terapeuta. Es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Se debe obtener autorización de un proveedor de salud del comportamiento designado. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p>\$0</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>Se cubre la asistencia personal para actividades de la vida cotidiana.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aseo; • alimentación; • bañarse; • vestimenta e higiene personal; • tareas cotidianas prácticas/asistencia con la planificación; • preparación de comidas; • transporte o asistencia para obtenerlo; • asistencia para deambular y movilizarse; • refuerzo del apoyo para el comportamiento o de las actividades terapéuticas especializadas; • ayuda con los medicamentos. <p>Si lo quiere, estos servicios pueden ser dirigidos por el paciente. Esta opción les permite a usted o a su representante legalmente autorizado ser empleadores de algunos de sus proveedores de servicios y dirigir la manera en que se brindan los servicios del programa.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención de salud o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se proporcionen en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultorio de un médico; ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado; ○ departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. <input type="checkbox"/> Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su especialista, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento. <input type="checkbox"/> Ciertos servicios adicionales de telesalud, incluidos aquellos para tratar problemas médicos que no son de emergencia, como resfríos, gripe, fiebre, afecciones de la piel, alergias y enfermedades de salud del comportamiento. Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o a través de los servicios de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de este medio. Puede obtener asesoramiento médico, un diagnóstico o una receta médica por video o teléfono. <input type="checkbox"/> Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral. <input type="checkbox"/> Controles virtuales de entre 5 y 10 minutos con su proveedor (por ejemplo, por teléfono o videollamada) en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Usted es paciente existente. <input type="radio"/> El control no está relacionado con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos. <input type="radio"/> El control no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. <input type="checkbox"/> Evaluación de un video o de imágenes que usted envió a su médico y explicación y seguimiento del médico dentro de las 24 horas en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Usted es paciente existente. <input type="radio"/> La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos. <input type="radio"/> La evaluación no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de realizar un procedimiento médico. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas; ○ arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales; ○ extracciones de dientes previas a los tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas; ○ servicios que están cubiertos cuando los brinda un médico. 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón). • Cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades, como la diabetes, que afectan las extremidades inferiores. <p>Además, el plan ofrece cuidado de los pies de rutina ilimitado, independientemente de la condición, como un beneficio flexible gratuito para los afiliados. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para pie plano u otras desalineaciones estructurales del pie. • Extracción de callos. • Extracción de verrugas. • Extracción de callosidades. • Cuidado higiénico. 	<p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, se cubrirán los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígeno prostático específico (por sus siglas en inglés, PSA). 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan una parte del cuerpo o función de forma total o parcial. Se cubrirán las siguientes prótesis y es posible que pague otras que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de una colostomía. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos ortopédicos. • Brazos y piernas ortopédicos. • Prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con las prótesis. Además, pagará reparaciones o reemplazos de prótesis.</p> <p>El plan ofrece cobertura luego de una cirugía de cataratas o extracción de cataratas. Consulte “Atención de la vista”, más adelante en esta sección, para obtener más detalles.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p> <p>Incluye suministros médicos desechables.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubrirán programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc) de moderada a muy grave. El afiliado debe contar con una orden médica para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que traten la enfermedad.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual y orientación</p> <p>Se cubrirán las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para determinadas personas que presentan un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones individuales de orientación del comportamiento de alta intensidad, en persona, por año, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Se cubrirán estas sesiones de orientación como servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria. Estas sesiones deben tener lugar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada:</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesaria. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. <ul style="list-style-type: none"> ○ Se cubrirán la sangre completa y el concentrado de eritrocitos a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario, o usted u otra persona deberán donar el equivalente. ○ Se cubrirán todos los demás componentes sanguíneos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos administrados en centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería. • Rayos X y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, administrados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (continúa)</p> <p>Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge vive en el momento en que usted deja el hospital. <p>No se requiere hospitalización previa. Incluye suministros médicos desechables. El plan brinda días adicionales a los que cubre Medicare (ilimitados).</p>	
<p>Terapia de ejercicios supervisada</p> <p>Se cubrirá la terapia de ejercicios supervisada (por sus siglas en inglés, SET) para afiliados con enfermedad de la arteria periférica (por sus siglas en inglés, PAD) sintomática que cuentan con una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento. Se cubrirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET. • 36 sesiones adicionales conforme pase el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario. <p>El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención requerida de urgencia</p> <p>La atención requerida de urgencia es la atención proporcionada para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia; • una enfermedad repentina; • una lesión; • una afección que necesita atención de inmediato. <p>Si necesita atención requerida de urgencia, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede visitar a proveedores fuera de la red cuando no puede obtener atención de un proveedor de la red.</p> <p>Los servicios médicos obtenidos fuera del país no están cubiertos.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p> Atención de la vista</p> <p>Se cubrirán los servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista. Por ejemplo, incluye los exámenes de la vista anuales para detectar retinopatía diabética, para personas con diabetes, y el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre los exámenes de la vista regulares para anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, se cubrirá una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma; • personas con diabetes; • afroamericanos mayores de 50 años; • hispanoamericanos mayores de 65 años. <p>Se cubre un examen de la vista por año calendario. El plan ofrece \$200 adicionales por año para la compra de anteojos (marcos y lentes) y lentes de contacto. El beneficio se limita a afiliados de 21 años o más. El afiliado será responsable de los costos por lentes y accesorios que superen los \$200 por año.</p> <p>Todos los afiliados que hayan realizado un examen de detección de retinopatía diabética recibirán \$20 como recompensa, que se cargarán en su tarjeta de recompensas de My Health Pays™ de Superior STAR+PLUS MMP.</p>	<p>\$0</p> <p>Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Se cubre, por única vez, una visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas). • Remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite. <p>Nota: Se cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Parte B. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



E. Nuestros servicios comunitarios y en el hogar

Además de estos servicios generales, nuestro plan también cubre servicios comunitarios y en el hogar (por sus siglas en inglés, HCBS). Estos son servicios que puede usar en vez de ir a un centro. Para obtener algunos de estos servicios, necesita reunir los requisitos para la exención comunitaria y en el hogar (la exención de STAR+PLUS). Su coordinador de servicios trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si estarán en el plan de atención.

Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos de adaptación y suministros médicos</p> <p>Se cubren los siguientes dispositivos, controles, aparatos o artículos necesarios para atender sus necesidades específicas, incluidos aquellos para soporte vital, con un límite de \$10,000 por año.</p> <p>El plan puede pagar lo siguiente si es práctica o médicamente necesario y, posiblemente, otros artículos/servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dispositivos de elevación, incluidos los elevadores para vehículos; • dispositivos de ayuda para la movilidad; • dispositivos de posicionamiento; • conmutadores de control o dispositivos e interruptores neumáticos; • unidades de control ambiental; • suministros médicamente necesarios; • dispositivos de ayuda para la comunicación (incluidas las baterías); • equipos adaptados o modificados para actividades de la vida cotidiana; • cinturones y dispositivos de seguridad. <p>Los administradores de casos pueden ayudarlo a obtener los equipos o suministros médicos.</p> <p>El límite de costo anual de este servicio es de \$10,000 por plan de exención por año. Es posible que la HHSC anule el límite de \$10,000 si la organización de atención administrada lo solicita. El estado permite que un afiliado seleccione a un familiar o a un tutor legal, además de la persona legalmente responsable, para que sea su proveedor de este servicio si el familiar o tutor legal cumple los requisitos para este tipo de servicio.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tutela temporal para adultos</p> <p>Se cubre el alojamiento de 24 horas en un hogar temporal si usted tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales, o si no puede seguir viviendo de manera independiente en su hogar.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • preparar comidas; • tareas domésticas; • cuidado personal; • tareas de enfermería; • supervisión; • servicios de acompañamiento; • asistencia en la vida cotidiana; • trasladarse. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de residencia asistida</p> <p>Se cubre un alojamiento de 24 horas si usted no puede seguir viviendo de manera independiente en su hogar.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de un acompañante o un hogar de cuidados que le brinden lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ asistencia personal; ○ tareas cotidianas prácticas; ○ supervisión de su seguridad; ○ actividades de habilitación. • Convivencia supervisada que le brinde lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ asistencia personal; ○ tareas cotidianas prácticas; ○ supervisión de su seguridad; ○ actividades de habilitación. • Servicio de apoyo residencial que le brinde lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ asistencia personal; ○ tareas cotidianas prácticas. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de rehabilitación cognitiva</p> <p>Se cubren los servicios que lo ayudan a adquirir por primera vez o a volver a adquirir habilidades cognitivas.</p> <p>Estas habilidades pueden haberse perdido o alterado como resultado de un daño en las células cerebrales o en la química del cerebro.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p>
<p>Servicios de habilitación diurnos</p> <p>Estos servicios lo ayudan a obtener, mantener o mejorar habilidades necesarias para vivir satisfactoriamente en su hogar o en la comunidad.</p> <p>Fomentan la independencia, la elección personal y el logro de resultados identificados en su plan de servicio.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios son los que se describen para los afiliados a Community First Choice (por sus siglas en inglés, CFC).</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Se cubren los siguientes servicios para ayudarlo a cuidar su dentadura y a satisfacer sus necesidades médicas con un límite de \$5,000 por año. Si necesita los servicios de un cirujano dental, puede obtener \$5,000 adicionales por año.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento dental de emergencia; • tratamiento dental preventivo; • tratamiento dental terapéutico (restauración, mantenimiento, etc.); • tratamiento de ortodoncia. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p>
<p>Servicios de respuesta de emergencia</p> <p>Se cubren los servicios de respuesta de emergencia a través de un sistema de control electrónico las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>En caso de emergencia, puede presionar un botón de llamada para pedir ayuda.</p> <p>Este beneficio no está disponible para los afiliados que residen en un centro de enfermería o en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (por sus siglas en inglés, ICF-IDD).</p> <p>Los servicios de respuesta de emergencia también están disponibles como un beneficio flexible gratuito para las personas de 21 a 115 años que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y que no reciben estos servicios. El beneficio está disponible durante un máximo de 6 meses luego del alta de un hospital o centro de enfermería, cuando regresa a la comunidad.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Asistencia en el empleo</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificación de sus preferencias laborales, habilidades y requisitos relacionados con el entorno laboral y las condiciones de trabajo; • ubicación de posibles empleadores que ofrecen empleos compatibles con las preferencias, habilidades y requisitos identificados; • contacto con un posible empleador en su nombre y negociación de su empleo; • transporte; • participación en las reuniones del equipo de planificación de servicios. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p>
<p>Servicios de tareas cotidianas prácticas</p> <p>Estos servicios pueden ayudarlo con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planificación y preparación de comidas; • servicios de transporte o ayuda para obtenerlo; • asistencia para deambular y moverse; • refuerzo del apoyo para el comportamiento o de las actividades terapéuticas especializadas; • ayuda con los medicamentos; 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Comidas enviadas al hogar</p> <p>Se cubren las comidas calientes y nutritivas que se sirven en su hogar. Las comidas se limitan a 1 o 2 por día.</p> <p>Cada comida le proporciona al afiliado, como mínimo, un tercio del aporte diario actual recomendado, según lo recomienda el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.</p> <p>Para las personas de 21 a 115 años que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y que no reciben estos servicios, el plan ofrece comidas enviadas al hogar como un beneficio flexible gratuito. Se proporcionan diez (10) comidas enviadas al hogar por año luego de que el afiliado sale del hospital o del centro de enfermería.</p>	<p>Es posible que se necesiten una remisión y autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pequeñas modificaciones en el hogar</p> <p>Se cubren las pequeñas modificaciones en el hogar para garantizar su salud, bienestar y seguridad, y para que pueda manejarse con mayor independencia en su hogar. Se cubren hasta \$7,500 a lo largo de su vida y también hasta \$300 por año para reparaciones.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • instalación de rampas y barras de sujeción; • ampliación de puertas; • modificaciones en las instalaciones de la cocina y del baño; • otras adaptaciones especiales de accesibilidad. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p>
<p>Servicios de enfermería</p> <p>Se cubren el tratamiento y el control de sus afecciones médicas, en especial si tiene enfermedades crónicas que requieren tareas específicas de enfermería.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia ocupacional</p> <p>Se cubre la terapia ocupacional, que incluye evaluaciones y tratamientos realizados por un terapeuta ocupacional con licencia.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • detección y evaluación; • desarrollo de planes de tratamiento terapéutico; • intervención terapéutica directa; • asistencia y entrenamiento para el uso de dispositivos de adaptación y de comunicación aumentativa; • consultas y capacitación para otros proveedores de servicio y familiares; • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCBS de la exención 1115.</p>
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>Se cubre la asistencia personal para actividades de la vida cotidiana.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aseo; • alimentación; • bañarse; • vestimenta e higiene personal; • tareas cotidianas prácticas/asistencia con la planificación; • preparación de comidas; • servicios de transporte o asistencia para obtenerlo; • asistencia para deambular y moverse; • refuerzo del apoyo para el comportamiento o de las actividades terapéuticas especializadas; • ayuda con los medicamentos. • Las personas pueden optar por dirigir los servicios de asistencia personal que reciben. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Fisioterapia</p> <p>Se cubren los servicios de fisioterapia, evaluaciones y tratamientos realizados por un fisioterapeuta con licencia.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • detección y evaluación; • desarrollo de planes de tratamiento terapéutico; • intervención terapéutica directa; • asistencia y entrenamiento para el uso de dispositivos de adaptación y de comunicación aumentativa; • consultas y capacitación para otros proveedores de servicio y familiares; • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de relevo</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios, hasta 30 visitas por año. También es posible que pague otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asistencia personal; • actividades de habilitación. • actividades comunitarias; • actividades de ocio; • supervisión de su seguridad; • desarrollo de comportamientos socialmente valorados; • desarrollo de habilidades de la vida cotidiana. <p>La atención de relevo se proporciona para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Puede brindarse en las siguientes ubicaciones: su hogar o lugar de residencia, un hogar de tutela temporal para adultos, un centro de enfermería certificado por Medicaid de Texas y un centro de residencia asistida.</p> <p>Para las personas de 21 a 115 años con determinadas enfermedades crónicas y complejas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y que no reciben estos servicios, el plan ofrece hasta ocho horas adicionales de servicios de relevo en el hogar como un beneficio flexible gratuito.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapias del lenguaje, del habla y de la audición</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • detección y evaluación; • desarrollo de planes de tratamiento terapéutico; • intervención terapéutica directa; • asistencia o entrenamiento para el uso de dispositivos de adaptación y de comunicación aumentativa; • consultas y capacitación para otros proveedores de servicio y familiares; • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información. \$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>
<p>Consultas de apoyo</p> <p>Se cubren las consultas opcionales que brinda el asesor de apoyo certificado elegido.</p> <p>Este asesor lo ayudará a conocer las responsabilidades de un empleador y llevarlas a cabo.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reclutamiento, análisis y contratación de trabajadores; • elaboración de las descripciones de trabajo; • verificación de las aptitudes y elegibilidad para el empleo, así como otros documentos necesarios para contratar un empleado; • manejo de los trabajadores; • otras habilidades profesionales necesarias. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información. \$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Empleo con apoyo</p> <p>Se cubre el empleo con apoyo, que se le brinda en su lugar de empleo si cumple con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesita los servicios de apoyo para mantener el empleo debido a una discapacidad. • Recibe el salario mínimo (o más) por el trabajo realizado. • Su lugar de empleo es competitivo e integrado. <p>El plan también cubre el transporte hacia y desde su lugar de trabajo, así como la supervisión y capacitación adicional a la que un empleador proporciona de manera habitual.</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>
<p>Servicios de asistencia de transición</p> <p>Se cubre la transición de un centro de enfermería a un hogar en la comunidad, con un límite de \$2,500.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son práctica o médicamente necesarios y, posiblemente, otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • depósitos de seguridad requeridos para alquilar un apartamento o una casa; • tarifas o depósitos establecidos para instalar servicios públicos en el hogar, entre ellos, teléfono, electricidad, gas y agua; • muebles básicos para el apartamento o la casa, entre ellos, mesa, sillas, persianas, utensilios para comer, artículos para la preparación de alimentos y ropa de baño; • gastos de mudanza necesarios para trasladarse a la casa o al apartamento u ocuparlo; • servicios para garantizar su salud en el apartamento o la casa, tales como eliminación de plagas, control de alérgenos o limpieza por única vez antes de la ocupación. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Para las personas que no están inscritas en los servicios de exención para HCBS de STAR+PLUS y no reciben estos servicios: Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



F. Beneficios cubiertos fuera de Superior STAR+PLUS MMP

Los siguientes servicios no están cubiertos por Superior STAR+PLUS MMP, pero están disponibles para usted a través de Medicare o Medicaid de Texas.

F1. Cuidado de enfermos terminales

Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Los programas de cuidado de enfermos terminales brindan cuidados paliativos y de apoyo a los afiliados y a sus familias para satisfacer las necesidades especiales que surgen a partir del estrés físico, psicológico, espiritual, social y económico que experimentan durante las etapas finales de la enfermedad, la muerte y el duelo. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios, en la Sección D de este capítulo, para obtener más información sobre lo que cubre Superior STAR+PLUS MMP, mientras usted recibe servicios de cuidado de enfermos terminales.

Para los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que están relacionados con su enfermedad terminal:

- El proveedor del centro de cuidado de enfermos terminales le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios de Medicare Parte A o B. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que no están relacionados con su enfermedad terminal (excepto la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia):

- El proveedor le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. Usted no paga estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte D de Superior STAR+PLUS:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 127, para obtener más información.

Nota: Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de servicios para planificar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Puede llamar a su coordinador de servicios al 1-855-772-7075 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

F2. Servicios de transporte médico que no sea de emergencia

Estos son servicios de transporte para llevarlo a citas médicas, como al médico, al dentista o a la farmacia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



F3. Evaluación antes de la admisión y revisión del residente

Este es un programa para garantizar que no se coloque de manera inadecuada a los afiliados en casas de reposo. Requiere que los afiliados (1) reciban una evaluación de enfermedad mental, discapacidad intelectual o ambas; (2) reciban el entorno más adecuado a sus necesidades (en la comunidad, en un centro de enfermería o en centros de cuidados intensivos), y (3) obtengan los servicios que necesitan en estos lugares.

G. Beneficios no cubiertos por Superior STAR+PLUS MMP, Medicare o Medicaid de Texas

Esta sección le brinda información sobre qué tipos de beneficios son excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no paga estos beneficios. Ni Medicare ni Medicaid de Texas pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que son excluidos por el plan solo en determinados casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Afiliado*), salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. Si usted cree que deberíamos pagar un servicio sin cobertura, puede presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por el plan:**

- Servicios que no se consideran “razonables y necesarios”, según los estándares de Medicare y Medicaid de Texas, a menos que sean establecidos por el plan como servicios cubiertos.
- Medicamentos, tratamientos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, páginas 48 a 49, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Atención de enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Servicios domésticos, incluida la asistencia básica en el hogar, tareas livianas de limpieza o la preparación de comidas.
- Honorarios cobrados en concepto de atención por familiares directos o que viven con usted.
- Procedimientos o servicios optativos o voluntarios para mejorar (pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, atlético y mental, procedimientos cosméticos y para combatir el envejecimiento, entre otros), excepto cuando son médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para asegurar la simetría.
- Atención quiropráctica diferente de la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura de Medicare.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la vista deficiente.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Acupuntura.
- Servicios de naturoterapeutas (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a los veteranos en centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (por sus siglas en inglés, VA). Sin embargo, cuando un veterano obtiene servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA supera el costo compartido conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Aun así, los afiliados son responsables de sus montos de costo compartido.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

En este capítulo se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Estos son los medicamentos que su proveedor le indica y que usted adquiere en una farmacia o a través de la compra por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y algunos medicamentos que requieren receta médica y de venta libre cubiertos por Medicaid de Texas. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Superior STAR+PLUS MMP también cubre los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, algunos productos de suministro para el cuidado de la salud en el hogar (tiras reactivas, lancetas, espaciadores) y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 56.

Reglas para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios del plan

En general, se cubrirán los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se describen en esta sección.

1. Usted debe solicitarle a un médico u otro proveedor que escriba su receta médica. Esta persona, por lo general, es su proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido para su atención.
2. En general, debe surtir su receta médica en una farmacia de la red.
3. El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar.
 - Si no está en la *Lista de Medicamentos*, podremos cubrir el medicamento con una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, página 191, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
4. El medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias médicas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Índice

A.	Cómo surtir sus recetas médicas.....	115
A1.	Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red	115
A2.	Cómo usar su tarjeta de identificación de afiliado al surtir una receta médica	115
A3.	Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red	115
A4.	Qué debe hacer si su farmacia abandona la red	115
A5.	Cómo comprar en una farmacia especializada.....	116
A6.	Cómo usar los servicios de compra por correo para obtener medicamentos.....	116
A7.	Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo.....	118
A8.	Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan.....	118
A9.	Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica	118
B.	<i>Lista de Medicamentos</i> del plan	119
B1.	Medicamentos incluidos en la <i>Lista de Medicamentos</i>	119
B2.	Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i>	119
B3.	Medicamentos no incluidos en la <i>Lista de Medicamentos</i>	119
B4.	Niveles de la <i>Lista de Medicamentos</i>	120
C.	Límites de algunos medicamentos	121
D.	Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto.....	122
D1.	Cómo obtener un suministro temporal.....	122
E.	Cambios en la cobertura de medicamentos	125
F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	127
F1.	Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan	127
F2.	Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo.....	127
F3.	Si se encuentra en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare	127

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos.....	128
G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura	128
G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar los medicamentos	128
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura.....	129

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, se cubrirán las recetas médicas solo si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas médicas de los afiliados de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de servicios.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de afiliado al surtir una receta médica

Para surtir una receta médica, **muestre su tarjeta de identificación de afiliado** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan los medicamentos que requieren receta médica cubiertos.

Si no tiene la tarjeta de identificación de afiliado en el momento de surtir la receta médica, pida a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

En algunos casos, **si la farmacia no logra obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo**. Luego puede solicitarnos que le realicemos el reembolso. Si no puede pagar el medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de inmediato. Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para saber cómo puede solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de servicios.

A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacias y necesita la repetición de una receta, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta médica nueva o que su farmacia transfiera la receta médica a la farmacia nueva si esta tiene repeticiones disponibles.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de servicios.

A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, deberá buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de servicios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

A veces, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo.
 - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, debe asegurarse de obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red, o tiene problemas para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano. Excepto en emergencias, solo los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que requieren una manipulación especial e instrucciones para su utilización.

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de servicios.

A6. Cómo usar los servicios de compra por correo para obtener medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de la compra por correo son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están marcados como medicamentos de compra por correo (por sus siglas en inglés, MO) en la *Lista de Medicamentos*.

El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite comprar un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de compra e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Los formularios también están disponibles en nuestro sitio web, mmp.SuperiorHealthPlan.com.

En general, obtendrá una receta médica surtida en una farmacia de compra por correo dentro de los 10 días. Si su compra se demora, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a CVS Caremark al 1-888-624-1139 (TTY: 711) o a Homescrpts al 1-888-239-7690 (TTY: 711).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Procesos de compra por correo

El servicio de compra por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia, para las recetas nuevas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su proveedor y para las repeticiones de sus recetas de compra por correo:

1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas médicas nuevas que usted presente.

2. Recetas médicas nuevas que el consultorio de su proveedor envía directamente a la farmacia

Después de recibir la receta médica que envía el consultorio de su proveedor de atención de salud, la farmacia se pondrá en contacto con usted para determinar si quiere surtir el medicamento inmediatamente o después.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (concentración, cantidad y fórmula) y, en caso de que sea necesario, le permitirá suspender o retrasar el pedido antes de que se lo envíe.
- Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

3. Repeticiones de recetas médicas de compra por correo

Para obtener las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de repetición automática. Este programa nos permite comenzar a procesar su próxima repetición automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse.

- Antes de enviar cada repetición, la farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamento. Usted puede cancelar las repeticiones programadas si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de repetición automática, póngase en contacto con la farmacia 14 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Si decide no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las repeticiones de compra por correo, comuníquese con nosotros llamando a su farmacia de compra por correo.

CVS Caremark: 1-888-624-1139
Homescripts: 1-888-239-7690

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisar a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para brindar esta información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuren en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se informa qué farmacias pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan con el fin de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener información sobre los servicios de compra por correo, consulte la sección anterior.

A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede ir a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio en donde usted puede surtir sus recetas médicas como afiliado a nuestro plan.

Pagaremos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Viaja fuera del área de servicio del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
- Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.
- Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

En general, cubriremos por única vez un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones. En estos casos, consulte primero al Departamento de Servicios al Afiliado para saber si hay una farmacia de la red cercana.

A9. Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica

Si debe comprar en una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total cuando le surtan su receta médica. Puede solicitar que le hagamos un reembolso.

Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



B. Lista de Medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* también le informa si existe alguna regla que deba cumplir para poder obtener los medicamentos.

Cubriremos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

La *Lista de Medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y medicamentos y artículos que requieren receta médica y de venta libre que están cubiertos por los beneficios de Medicaid de Texas.

La *Lista de Medicamentos* incluye tanto medicamentos de marca como genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. En general, tienen la misma eficacia que el medicamento de marca, pero cuestan menos.

Cubriremos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos que requieren receta médica y tienen la misma eficacia. Si quiere obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que usted toma está en la *Lista de Medicamentos*, puede hacer lo siguiente:

- Revise la *Lista de Medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan, mmp.SuperiorHealthPlan.com. La *Lista de Medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si un medicamento está en la *Lista de Medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista.

B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos que requieren receta médica. Algunos medicamentos no se encuentran en la *Lista de Medicamentos* porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la *Lista de Medicamentos*.

Superior STAR+PLUS MMP no pagará los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan medicamentos excluidos. Si obtiene una receta médica para un medicamento excluido, deberá pagarla usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



(Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171).

A continuación, se detallan tres reglas generales para medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de Medicare Parte D y de Medicaid de Texas) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto conforme a Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Parte A o Parte B están cubiertos por Superior STAR+PLUS MMP de forma gratuita, pero no se consideran parte de los beneficios de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El consumo del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su afección. El médico puede recetar un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se denomina uso no indicado. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para un uso no indicado.

Además, los tipos de medicamentos que se detallan a continuación no están cubiertos por Medicare o Medicaid de Texas, según lo establece la ley.

- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que los fabrica determina que usted debe hacerse pruebas y recibir servicios provistos solo por esta.

B4. Niveles de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan pertenece a uno de tres niveles. un nivel es un grupo de medicamentos que suelen ser del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre).

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos. Este es el nivel más bajo.
- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca.
- El nivel 3 (medicamentos que requieren receta médica y de venta libre no cubiertos por Medicare) incluye medicamentos genéricos y de marca. Este es el nivel más alto.

Para saber en qué nivel está su medicamento, búsquelo en la *Lista de Medicamentos* del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



En el Capítulo 6, Sección C4, página 135, se informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos que requieren receta médica, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su enfermedad, y que sea seguro y eficaz.

Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo tenga la misma eficacia que un medicamento de costo más alto, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de costo más bajo.

Si existe alguna regla especial para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que le cubramos los medicamentos. Por ejemplo, es probable que el proveedor deba informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no se aplica a su situación, puede solicitar que se haga una excepción. Podemos o no estar de acuerdo con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, página 191.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando está disponible su versión genérica

En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca, pero suele costar menos. En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, en las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- En general, no pagamos los medicamentos de marca cuando está disponible su versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma afección serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de Superior STAR+PLUS MMP antes de surtir una receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que Superior STAR+PLUS MMP no cubra el medicamento.

Puede obtener un suministro de 72 horas de un medicamento cubierto por Medicaid de Texas si es una emergencia.

3. Probar primero con un medicamento distinto

En general, el plan quiere que pruebe medicamentos de costo más bajo (que suelen tener la misma eficacia) antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede solicitar que primero pruebe el medicamento A.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces se cubrirá el medicamento B. Esto se denomina “terapia escalonada”.

4. Aplicar límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener. Esto se denomina “límite de cantidad”. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o consulte nuestro sitio web, mmp.SuperiorHealthPlan.com.

D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto

Nuestro objetivo es que su cobertura de medicamentos sea conveniente para usted, pero en algunas ocasiones, puede ser que un medicamento no tenga la cobertura que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan. El medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos*. Es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted quiere tomar, no. Es posible que un medicamento sea nuevo y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas especiales o límites en su cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona que receta pueden solicitar una excepción a la regla.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la *Lista de Medicamentos* o cuando esté limitado de alguna manera. Esto le permite tener el tiempo necesario para hablar con su proveedor sobre el cambio de medicamento o para pedirle al plan la cobertura del medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con estas dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando tiene alguna de estas características:
 - ya no está en la *Lista de Medicamentos* del plan;
 - nunca estuvo en la *Lista de Medicamentos* del plan;
 - ahora está limitado de alguna manera.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- Usted ya estaba en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
 - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de hasta 31 días en un centro de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro de hasta 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y de hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días a partir de su afiliación** al plan.
 - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro de hasta 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y de hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Usted ha permanecido en el plan por más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.
 - Durante el año del plan, es posible que cambie su entorno de tratamiento (el lugar donde obtiene y toma el medicamento) debido al nivel de atención que usted requiere. Para los cambios en los entornos de tratamiento, Superior STAR+PLUS MMP cubrirá un suministro temporal de 31 días del medicamento cubierto conforme a la Parte D cuando usted surta la receta médica en una farmacia. Estas transiciones incluyen, entre otros, los siguientes:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Afiliados que reciben el alta del hospital o del centro de enfermería especializada y pasan a recibir tratamiento en el hogar.
- Afiliados que son admitidos en un centro de enfermería especializada tras haber recibido tratamiento en el hogar.
- Afiliados que se trasladan de un centro de enfermería especializada a otro que trabaja con una farmacia diferente.
- Afiliados que terminan su estadía conforme a Medicare Parte A en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y ahora necesitan usar su beneficio del plan de la Parte D.
- Afiliados que dejan su condición de cuidado de enfermos terminales y vuelven a la cobertura estándar de Medicare Parte A y Parte B.
- Afiliados dados de alta de un hospital para pacientes psiquiátricos crónicos con esquemas farmacológicos altamente individualizados.
- Si cambia de entorno de tratamiento varias veces en un mismo mes, es posible que la farmacia tenga que comunicarse con el plan para la continuidad de la cobertura. Si no solicita la continuidad de cobertura del plan, usted no puede obtener un suministro temporal para un nivel de atención adicional, a menos que sea una emergencia de riesgo vital.
- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este se le acabe. A continuación, se detallan sus opciones:

- Puede cambiarlo por otro medicamento.

Es posible que haya otro medicamento cubierto por el plan que le sirva. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

O BIEN

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, pueden solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la *Lista de Medicamentos*. O puede pedirle al plan que cubra un medicamento sin límites. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si un medicamento que está tomando se retirará de la *Lista de Medicamentos* o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento de Medicare Parte D para el próximo año. Luego, usted puede solicitar que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto para el próximo año.
- Responderemos a su solicitud de una excepción dentro de las 72 horas de recibirla (o de recibir la declaración de respaldo de la persona que receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, página 191.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de servicios.

E. Cambios en la cobertura de medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero Superior STAR+PLUS MMP puede agregar o quitar medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir si exigir o no exigir aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es el permiso de Superior STAR+PLUS MMP antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (denominado límite de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento. (La terapia escalonada se refiere a que usted debe probar un medicamento antes de que podamos cubrir otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C que aparece anteriormente en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que ocurra lo siguiente:

- Aparece un nuevo medicamento más económico en el mercado que actúa con la misma eficacia que el medicamento que se encuentra actualmente en la *Lista de Medicamentos*.
- Nos enteramos de que el medicamento no es seguro.
- Un medicamento se retira del mercado.

Para obtener información sobre lo que sucede cuando la *Lista de Medicamentos* cambia, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada de Superior STAR+PLUS MMP en línea, en mmp.SuperiorHealthPlan.com.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), para consultar la *Lista de Medicamentos* actual.

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* tendrán lugar **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Aparece un medicamento genérico nuevo.** Algunas veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico que actúa con la misma eficacia que el medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos. Cuando eso sucede, es posible que retiremos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o más bajo.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o que el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo quitaremos de la *Lista de Medicamentos*. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos sobre el cambio. Su médico puede hablar con usted para encontrar otro medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* que trate su afección.

Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le avisaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios se pueden producir en los siguientes casos:

- La FDA proporciona nueva orientación o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado.
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la *Lista de Medicamentos*.
 - cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca. Cuando se

produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la *Lista de Medicamentos*.
- Le avisaremos y le brindaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que pida una repetición.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que recete. Esta persona puede ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si existe un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Si es necesario pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, página 191.

Podemos realizar cambios que no afecten los medicamentos que está tomando. En dicho caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, el cambio no afectará el uso del medicamento durante el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, en general cubriremos el costo de sus medicamentos que requieren receta médica durante la internación. No deberá pagar un copago. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, se cubrirán sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo

En general, un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo, tiene su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para saber si la farmacia del centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

F3. Si se encuentra en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente.

- Si está inscrito en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o la ansiedad que no están cubiertos por el centro de cuidado de enfermos terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones derivadas, antes de que el plan pueda cubrirlo, debemos recibir una notificación de la persona que receta o del proveedor de su centro, en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por el plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado de enfermos terminales o a la persona que receta que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si se va del centro de cuidado de enfermos terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a Medicare Parte D.

Para obtener más información sobre los beneficios del centro de cuidado de enfermos terminales, consulte el Capítulo 4, Sección F1, página 109.

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura

Cada vez que usted surte una receta médica, buscamos posibles problemas, tales como errores con los medicamentos o medicamentos con las siguientes características:

- Medicamentos que podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento que hace lo mismo.
- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo.
- Medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo.
- Medicamentos con componentes a los que usted es o puede ser alérgico.
- Medicamentos para el dolor con cantidades inseguras de opioides.

Si observamos un posible problema en la utilización de medicamentos que requieren receta médica, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar los medicamentos

Si toma medicamentos para tratar afecciones médicas diferentes, es posible que cumpla con los requisitos para recibir servicios sin costo a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (por sus siglas en inglés, MTM). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos mejoren su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo aprovechar al máximo los beneficios de los medicamentos que toma.
- Las inquietudes que tenga, como los precios de los medicamentos y las reacciones a estos.
- Cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos.
- Las preguntas o los problemas que tenga relacionados con su receta médica y medicamento de venta libre.

Recibirá un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma y el motivo por el cual lo hace.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Es una buena idea programar una revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de bienestar, para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud. También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados que reúnen los requisitos. Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, infórmenos sobre ello, y anularemos la inscripción.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o su coordinador de servicios.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura

Superior STAR+PLUS MMP cuenta con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opioides que requieren receta médica u otros medicamentos que pueden ser objeto de abuso frecuente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (por sus siglas en inglés, DMP).

Si toma opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que los esté tomando de manera correcta y de que el uso sea médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con sus médicos, que corre riesgo de abusar o hacer mal uso de los opioides o las benzodiazepinas, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para esos medicamentos en **una sola farmacia** o a través de **un solo médico**.
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta le explicaremos las limitaciones que consideramos deberían aplicarse.

También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar. Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted corre riesgo de abusar de un medicamento que requiere receta médica, usted y la persona que receta pueden presentar una apelación. (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171).

El DMP puede no aplicarse a usted en los siguientes casos:

- Tiene determinadas enfermedades, como cáncer.
- Recibe cuidado de enfermos terminales, atención paliativa o atención para el final de la vida.
- Vive en un centro de atención a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medicaid de Texas

Introducción

En este capítulo, se brinda información sobre cuánto paga por los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D;
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid de Texas;
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que cumple con los requisitos para Medicaid de Texas, usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por ingreso bajo” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte los siguientes:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
 - Esta se denomina “Lista de Medicamentos”. Le indica lo siguiente:
 - qué medicamentos paga el plan;
 - en cuál de los tres niveles está cada medicamento;
 - si hay algún límite para el medicamento.
 - Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web, mmp.SuperiorHealthPlan.com. La *Lista de Medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *Manual del Afiliado*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- En el Capítulo 5, página 112, se informa cómo obtener los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan.
- Incluye reglas que debe cumplir. También establece qué tipos de medicamentos que requieren receta médica no están cubiertos por el plan.
- El *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.
 - En la mayoría de los casos, usted debe comprar en una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* tiene una lista de farmacias de la red. Puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, página 115.

Índice

A. <i>Explicación de Beneficios</i>	132
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos.....	132
C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	133
C1. Niveles del plan	133
C2. Sus opciones de farmacias.....	133
C3. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo.....	134
C4. Qué paga usted.....	135
D. Vacunas.....	136
D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna.....	136
D2. Cuánto paga por una vacuna de Medicare Parte D	136

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. Explicación de Beneficios

El plan lleva un registro de sus medicamentos que requieren receta médica. Nosotros llevamos un registro de dos tipos de costos: Este es el monto de dinero que se paga a través del plan (o que otras personas pagan en su nombre) por sus medicamentos que requieren receta médica.

Cuando obtiene medicamentos que requieren receta médica a través del plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos la *EOB* para abreviar. La *EOB* incluye lo siguiente:

- **Información sobre el mes.** El informe indica qué medicamentos que requieren receta médica obtuvo. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y las demás personas en su nombre.
- **Información del año hasta la fecha.** Estos son los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados a partir del 1.º de enero.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para sus costos totales de desembolso.
- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte la *Lista de Medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que realiza, usamos registros que obtenemos de usted y de las farmacias. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Utilice su tarjeta de identificación de afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que surta una receta médica. Esto nos permitirá saber las recetas médicas que surte y lo que paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. Puede solicitar que lo ayudemos a solicitar el reembolso por el medicamento. Comuníquese con su coordinador de servicios para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso.

A continuación, se mencionan algunas situaciones en las que debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por los medicamentos que obtuvo mediante el programa de asistencia para pacientes del fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para saber cómo puede solicitarnos el reembolso por el medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el sida, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos de desembolso.

4. Controle los informes que le enviamos.

Cuando reciba la *Explicación de Beneficios* por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Guarde estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con Superior STAR+PLUS MMP, no paga nada por los medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

C1. Niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la *Lista de Medicamentos*. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan está en uno de los tres niveles. Usted no tiene que pagar ningún copago por los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre que se encuentran en la *Lista de Medicamentos* de Superior STAR+PLUS MMP. Para obtener información sobre los niveles de los medicamentos, consulte la *Lista de Medicamentos*.

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca.
- El nivel 3 (medicamentos que requieren receta médica y de venta libre no cubiertos por Medicare) incluye medicamentos genéricos y de marca.

C2. Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtiene:

- una farmacia de la red;
- una farmacia fuera de la red.

En ciertas ocasiones, cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 118, para saber cuándo podemos hacerlo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5, página 112, de este manual y el *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.

C3. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo se extiende hasta 90 días. Usted no debe pagar nada por un suministro a largo plazo.

Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 5, Sección A7, página 118, o el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



C4. Qué paga usted

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento que requiere receta médica que está cubierto a través de los siguientes:

	Una farmacia de la red	El servicio de compra por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o de hasta 90 días	Un suministro de un mes o de hasta 90 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección C, página 121, para obtener detalles.
Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos)</i>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 <i>(Medicamentos de marca)</i>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 <i>(Medicamentos que requieren receta médica y medicamentos de venta libre que no cubre Medicare)</i>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Si quiere obtener más información sobre las farmacias que pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



D. Vacunas

Se cubren las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D comprende dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento que requiere receta médica.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones, su médico puede aplicarle la vacuna mediante una inyección.

D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios al Afiliado cuando planee recibir una vacuna.

- Podemos explicarle cómo se cubre la vacuna.
- Podemos informarle cómo reducir costos utilizando proveedores y farmacias de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con Superior STAR+PLUS MMP para garantizar que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de Medicare Parte D.

D2. Cuánto paga por una vacuna de Medicare Parte D

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud, más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo. Si quiere obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 56.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Estas vacunas aparecen en la *Lista de Medicamentos* del plan.

A continuación, se detallan tres maneras de obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red, y se la aplican en la farmacia.
 - Usted no pagará nada por la vacuna.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico, y el médico se la aplica.
 - Usted no pagará nada al médico por la vacuna.
 - Se cubrirá el costo de la aplicación.
 - En este caso, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y se la aplican en el consultorio de su médico.
 - Usted no pagará nada por la vacuna.
 - Se cubrirá el costo de la aplicación a través del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	139
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	141
C. Decisiones de cobertura	142
D. Apelaciones	142

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya ha recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si usted recibe una factura por la atención de salud o los medicamentos, envíenos la factura. Para saber cómo enviarnos una factura, consulte la página 141.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le hagamos un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos no están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o con su coordinador de servicios si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si quiere brindarnos información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar al plan un reembolso o el pago de una factura que recibió:

1. Cuando tiene una emergencia o necesita atención de salud requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red.

Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicite que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a ese proveedor.
 - Si usted ya pagó el servicio, le reembolsaremos el monto.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura.

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado de Superior STAR+PLUS MMP para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. La facturación incorrecta o inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Debido a que Superior STAR+PLUS MMP paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar nada. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de los servicios cubiertos.

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica.

Si va a una farmacia fuera de la red, usted tendrá que pagar el costo total de la receta médica.

- Podemos cubrir las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 118, para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de identificación de afiliado.

Si no tiene su tarjeta de identificación de afiliado con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica, pero el medicamento no está cubierto.

Es posible que pague el costo total de la receta médica porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan, o puede tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que considera que no se aplican a usted. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si usted no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171).
 - Si usted y el médico u otra persona que receta consideran que necesita el medicamento de inmediato, usted puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9, Sección 5.1, página 174).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que tengamos que obtener más información de su médico o de otra persona que receta para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluaremos para decidir si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe tener cobertura, le pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.** Puede solicitarle ayuda a su coordinador de servicios.

Para solicitar pagos de medicamentos: envíenos por correo la solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

Superior STAR+PLUS MMP
Attention: Pharmacy Claims
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741-9069

Para medicamentos de la Parte D, debe enviarnos su reclamo en el plazo de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento. Para medicamentos que no sean de la Parte D, debe enviarnos su reclamo en el plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Para solicitar pagos de servicios y artículos: Envíenos por correo la solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

Superior STAR+PLUS MMP
Claims Department
PO Box 3060
Farmington, MO 63640-3822

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio o el artículo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención de salud o su medicamento están cubiertos por el plan.

También decidiremos el monto, si corresponde, que usted tiene que pagar por la atención de salud o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional.
- Si decidimos que la atención de salud o el medicamento están cubiertos, y usted cumplió con todas las reglas para obtenerlos, pagaremos el costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el monto que pagó. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3, Sección B, página 31, explica las reglas para obtener servicios cubiertos. El Capítulo 5, página 112, explica las reglas para obtener sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no realizaremos el pago. La carta también detallará sus derechos a presentar una apelación.
- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171.

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitar que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 171.

- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención de salud, vaya a la página 174.
- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, vaya a la página 174.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como afiliado al plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Su derecho a obtener información de manera tal que satisfaga sus necesidades	144
B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma	147
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal	149
C1. Cómo protegemos su PHI	149
C2. Tiene derecho a ver sus expedientes médicos.....	149
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos	157
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted.....	158
F. Su derecho a abandonar el plan	159
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud.....	159
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud	159
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud	160
G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones.....	161
H. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	162
H1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos	162
I. Sus responsabilidades como afiliado al plan.....	162

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. Su derecho a obtener información de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan. Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de sus derechos y responsabilidades.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder sus preguntas en varios idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del español, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Nuestro plan tiene material impreso disponible en español. Para obtener material en español o en otro idioma o formato, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede escribir a Superior STAR+PLUS MMP, a la siguiente dirección: Attn: MMP Member Services, Forum II Building, 7990 IH 10 West, Suite 300, San Antonio, TX 78230.
- Además de pedir material en otros idiomas y formatos, puede pedir que en el futuro le enviemos material en el mismo idioma o formato. Guardaremos sus preferencias de idioma. Si quiere cambiar sus preferencias de idioma en el futuro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede presentar una queja sobre Medicaid de Texas, llamando a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-866-566-8989 (TTY: 711). Si quiere presentar la queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission

Attn: Resolution Services
Health Plan Operations – H320
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200

También puede enviar la queja por correo electrónico a HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Debemos tratarlo con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento. Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. No discriminamos a los afiliados por ninguno de los siguientes motivos:

- edad;
- apelaciones;
- comportamiento;
- experiencia siniestral;
- origen étnico;
- prueba de asegurabilidad;
- información genética;
- identidad de género;
- ubicación geográfica dentro del área de servicio;
- estado de salud;
- historial médico;
- capacidad mental;
- discapacidad física o mental;
- nacionalidad;
- raza;
- recepción de atención de salud;
- religión;
- sexo;
- orientación sexual;
- uso de servicios.

Conforme a las reglas del plan, usted tiene derecho a no ser sometido a ninguna forma de impedimento físico o aislamiento que pudieran ser utilizados como herramienta de extorsión, violencia, castigo, conveniencia o represalia.

You have the right to get information in a way that meets your needs

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan. You have the right to make recommendations about your rights and responsibilities.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. Our plan has written materials available in Spanish.
To get materials in Spanish, or to get materials in another language or format, please call Member Services at 1-866-896-1844 (TTY: 711), Monday through Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free. You can also write to Superior STAR+PLUS MMP, Attn: MMP Member Services, Forum II Building, 7990 IH 10 West, Suite 300, San Antonio, TX 78230.
- In addition to asking for materials in other languages and formats, you can also ask that we send you future materials in this same language or format. We will document your language preference. If you wish to change your language preference in the future, please call Member Services.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- You can also make a Texas Medicaid complaint by calling the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) at 1-866-566-8989 (TTY: 711). If you would like to make your complaint in writing, send it to:

Texas Health and Human Services Commission

Attn: Resolution Services

Health Plan Operations – H320

P.O. Box 85200 Austin, TX 78708-5200

You can also email your complaint to HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

We must treat you with respect, fairness, and dignity at all times. Our plan must obey laws that protect you from discrimination or unfair treatment. We do not discriminate against members because of any of the following:

- Age
- Appeals
- Behaviour
- Claims experience
- Ethnicity
- Evidence of insurability
- Genetic information

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Gender identity
- Geographic location within the service area
- Health status
- Medical history
- Mental ability
- Mental or physical disability
- National origin
- Race
- Receipt of health care
- Religion
- Sex
- Sexual orientation
- Use of services

Under the rules of the plan, you have the right to be free of any form of physical restraint or seclusion that would be used as a means of coercion, force, discipline, convenience or retaliation.

B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

Como afiliado al plan:

- Tiene derecho a la oportunidad de elegir un plan de salud y un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.
- El PCP es el médico o proveedor de atención de salud que verá con mayor frecuencia y que coordinará su atención. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3, Sección D1, página 35.
 - Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a cambiar de plan o de proveedor de manera razonablemente fácil. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - recibir información sobre cómo elegir y cambiar su plan de salud y su PCP;

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- elegir el plan de salud que desee y que esté disponible en su área, y seleccionar un PCP de ese plan;
- recibir información sobre la frecuencia con que puede cambiar de plan;
- recibir información sobre otros planes disponibles en su área.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa.
- Tiene derecho a surtir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4, página 38.
- Tiene derecho a aceptar o a rechazar el tratamiento y a participar activamente en las decisiones relacionadas con el tratamiento. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - trabajar como un equipo con su proveedor para tomar decisiones sobre la atención de salud más conveniente para usted;
 - aceptar o no la atención recomendada por el proveedor.
- Tiene derecho a recibir atención médica en tiempo y forma, sin ningún tipo de impedimentos de comunicación o acceso a las instalaciones. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los siete días de la semana para obtener la atención de emergencia o urgencia necesaria.
 - Recibir atención médica de forma oportuna.
 - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención de salud. Esto incluye el acceso sin obstáculos para personas con discapacidades u otras afecciones que limitan la movilidad, de acuerdo con la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades;

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- De ser necesario, disponer de intérpretes durante las citas con los proveedores y cuando se comunica con su plan de salud. Los intérpretes son personas que pueden hablar su idioma materno, ayudar a alguien con una discapacidad o colaborar para que otra persona entienda la información.
- Recibir información que pueda entender sobre las reglas del plan de salud, incluidos los servicios de atención de salud que puede recibir y cómo obtenerlos.

El Capítulo 9, Sección 5, página 174, le informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. El Capítulo 9, Sección 4, página 171, también le informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal

Protegemos su información médica personal (por sus siglas en inglés, PHI), tal como lo requieren las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos brindó cuando se inscribió en este plan. También incluye expedientes médicos y otra información médica y de la salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso escrito en el que también se informa sobre estos derechos. Este aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”. Este aviso, además, explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.

En la mayoría de los casos, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde atención ni pague su atención. Si lo hacemos, se nos exige que obtengamos un permiso escrito de su parte antes de hacerlo. Usted, o alguna persona que tenga facultades legales para tomar decisiones en su nombre, puede conceder el permiso escrito.

En determinados casos, no se nos exige obtener su permiso escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.

- Estamos obligados a divulgar su PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de nuestra atención.
- Estamos obligados a proporcionar a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las leyes federales.

C2. Tiene derecho a ver sus expedientes médicos

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de ellos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.

Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber si se compartió su PHI con otras personas y cómo se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Puede solicitar copias de sus expedientes médicos llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Aviso de Prácticas de Privacidad del Superior HealthPlan STAR+PLUS

Medicare-Medicaid Plan (MMP)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al 1-866-896-1844. TTY para personas con dificultades de audición: 711.

For help to translate or understand this, please call 1-866-896-1844 (TTY: 711).

Deberes de las entidades cubiertas

Superior HealthPlan (Superior) STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP), es una entidad cubierta conforme a las definiciones y regulaciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, HIPAA) de 1996. Las leyes exigen que Superior mantenga la privacidad de su información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI), le proporcione este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, de privacidad de privacidad con respecto a su PHI, acepte los términos del aviso vigente y le informe cualquier violación a la confidencialidad de esa información. Superior puede crear, recibir o mantener su PHI en formato electrónico, y esa información está sujeta a la divulgación a través de medios electrónicos.

Este aviso detalla cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a tener acceso, modificar y administrar su PHI, y cómo ejercer esos derechos. Se realizarán otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este aviso solamente con su autorización por escrito.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Superior se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado y modificado entre en vigor para la PHI que ya tenemos, así como también para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Superior revisará y distribuirá de inmediato este aviso siempre que haya un cambio importante en los siguientes puntos:

- los usos o las divulgaciones;
- sus derechos;
- nuestras obligaciones legales;
- otras prácticas de privacidad establecidas en el aviso.

Todos los avisos revisados estarán disponibles en nuestro sitio web.

Protección interna de la PHI oral, escrita y electrónica

Superior protege su PHI. Disponemos de procesos de privacidad y seguridad para ayudarlo. Estas son algunas de las maneras en que protegemos su PHI.

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Les exigimos a nuestros socios comerciales que cumplan con los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Comunicamos su PHI a las personas que la necesitan, solo por motivos comerciales.
- Conservamos la seguridad de su PHI cuando la enviamos o guardamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para impedir que las personas equivocadas accedan a su PHI.

Usos y divulgaciones permitidos de su PHI:

A continuación, se describe 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 de salud que le esté realizando un tratamiento, a fin de coordinar su tratamiento entre los proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago.** Podemos usar o divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención de salud que se le brinden. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención de salud o a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad para realizar un pago. Las actividades de pago pueden incluir las siguientes:
 - procesamiento de reclamos;
 - determinación de elegibilidad o cobertura para los reclamos;
 - emisión de facturas de primas;
 - revisión de la necesidad médica de los servicios;
 - revisión de la utilización de los reclamos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Operaciones de atención de salud.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención de salud. Estas actividades pueden incluir lo siguiente:
 - prestación de servicios al cliente;
 - respuesta a quejas y apelaciones;
 - administración de casos y coordinación de la atención;
 - revisión médica de reclamos y otras evaluaciones de calidad;
 - actividades de mejoramiento.

Además, en nuestras operaciones de atención de salud, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Estableceremos acuerdos escritos con estos socios para proteger la privacidad de su PHI. Podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted en cuanto a las operaciones de atención de salud. Esto incluye lo siguiente:

- actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad;
 - revisión de competencias o antecedentes de los profesionales de la salud;
 - administración de casos y coordinación de la atención;
 - detección o prevención de fraudes y abusos en la atención de salud.
- **Divulgaciones al plan de salud grupal/patrocinador del plan.** Además, podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le proporciona un programa de atención de salud, si el patrocinador está de acuerdo con determinadas restricciones respecto de la utilización o divulgación de la información médica protegida (por ejemplo, si acepta no utilizar la información médica protegida para tomar decisiones o medidas relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o necesarias de la PHI:

- **Actividades de recaudación.** Podemos usar o divulgar su PHI para las actividades de recaudación, por ejemplo, para recaudar dinero para una fundación benéfica o una entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted por las actividades de recaudación, le daremos la oportunidad de no participar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Propósito de contratación.** Podemos usar o divulgar su PHI para los propósitos de contratación, como tomar una determinación sobre una solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para los propósitos de contratación, tenemos prohibido usar o divulgar su información genética en el proceso de contratación.
- **Recordatorios de cita o alternativas para el tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para un tratamiento o atención médica con nosotros, o para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información para dejar de fumar o perder peso.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Según lo exija la ley.** Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI; debemos usar o divulgar esta información, en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con esa ley y estén limitados a sus fines. Si existieran diferencias entre dos o más leyes o regulaciones sobre el mismo uso o divulgación, prevalecerán las leyes o regulaciones más restrictivas.
- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública a fin de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios dentro de su jurisdicción.
- **Víctimas de maltrato y abandono.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental estatal o federal, incluidos los servicios sociales o las agencias de servicios para la protección autorizadas a recibir esos informes si tenemos sospechas razonables de maltrato, abandono o violencia familiar.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
 - orden de un tribunal;
 - orden de un tribunal administrativo;
 - citación;
 - notificación;
 - orden judicial;
 - solicitud de exhibición de pruebas;
 - otras solicitudes legales similares.
- **Aplicación de la ley.** Podemos divulgar la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite. Por ejemplo, en respuesta a lo siguiente:
 - orden judicial;
 - orden de un tribunal;
 - citación;
 - notificación emitida por un funcionario judicial;
 - citación de un gran jurado.

Además, podemos divulgar la PHI pertinente para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo de mérito o persona desaparecida.

- **Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** 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 de funerarias, según sea necesario, para que realicen sus actividades.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Donación de órganos, ojos y tejidos.** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de procuración de órganos. También la podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la procuración, el mantenimiento de bancos o el trasplante de los siguientes:
 - órganos cadavéricos;
 - ojos;
 - tejidos.
- **Amenazas a la salud y la seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para evitar o minimizar una amenaza inminente y grave para la salud o seguridad pública o de una persona.
- **Funciones gubernamentales especiales.** Si pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI en caso de que lo soliciten las autoridades militares. También podemos divulgar su PHI a las siguientes personas/entidades o para los siguientes fines:
 - funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional;
 - actividades de inteligencia;
 - el Departamento Estatal para determinaciones de adecuación médica;
 - los servicios de protección del presidente, o a otras personas autorizadas.
- **Indemnización por accidentes y enfermedades laborales.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, u otros programas similares establecidos por la ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar quién es el culpable.
- **Situaciones de emergencia.** En situaciones de emergencia, o si no está en condiciones de hacerlo o no está presente, podemos divulgar su PHI a un familiar, amigo personal cercano, una agencia autorizada de servicios de salud en casos de desastre o cualquier otra persona identificada previamente por usted. Usaremos nuestro juicio profesional y experiencia para determinar si la divulgación es conveniente para usted. Si lo es, solo divulgaremos la PHI que sea directamente pertinente a la atención que le brinda la persona.
- **Presos.** Si usted está preso en un correccional o bajo la custodia de un funcionario de aplicación de la ley, podemos divulgar su PHI al correccional o al funcionario, siempre que esa información sea necesaria para que la institución le brinde atención de salud, para proteger su salud o seguridad, la de otros o la del correccional.
- **Investigación.** En ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores, siempre y cuando el estudio de investigación clínica haya sido aprobado y se hayan tomado ciertas medidas para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



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 excepciones limitadas, por los siguientes motivos:

Venta de la PHI. Le solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que recibimos una indemnización por la divulgación de la información de esta manera.

Comercialización. Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia. Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para un tratamiento determinado, pagos o funciones de operación de atención de salud.

Derechos de las personas

A continuación, se describen sus derechos con relación a la PHI. Si quiere ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros. Para eso, use la información que aparece al final de este aviso.

- **Derecho a revocar una autorización.** Usted puede revocar su autorización en cualquier momento. Debe hacerlo por escrito. La revocación entrará en vigor inmediatamente, salvo que ya hayamos tomado medidas en virtud de la autorización y antes de haber recibido su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, así como también sobre las divulgaciones a personas que participan en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. En la solicitud, deben figurar las restricciones que solicita y a quienes se aplican. No es necesario que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de PHI para el pago, o las operaciones de atención de salud, a un plan de salud cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad del servicio o del artículo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI a través de medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho se aplica solamente si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunicara por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted quiere. Usted no tiene que explicar los motivos de su solicitud, pero debe especificar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambiaran el medio o el lugar de comunicación. Debemos cumplir con su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar alternativo al que debemos enviar su PHI.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Derecho a leer o a obtener copias de su PHI.** Usted tiene derecho, con algunas excepciones limitadas, a leer o a obtener copias de la PHI que se encuentra en un conjunto de expedientes designados. Puede solicitarnos que le brindemos copias en otro formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que esto no sea posible. Para obtener acceso a su PHI, debe presentar una solicitud por escrito. Si rechazamos su solicitud, le brindaremos una explicación por escrito y le informaremos si los motivos para el rechazo pueden ser revisados y cómo solicitar la revisión, o si el rechazo no puede ser revisado.
- **Derecho a modificar su PHI.** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos rechazar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo, si nosotros no creamos la información que quiere modificar, y el creador de la PHI puede hacer la modificación. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Puede responder con una declaración que indique que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicitó que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos posibles para comunicarle la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione, y para incluir los cambios en las futuras divulgaciones de esa información.
- **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a recibir una lista de todos los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI dentro de los últimos 6 años. Este derecho no se aplica a la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, ni a las divulgaciones que usted autorizó, ni a otras actividades determinadas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a esas solicitudes adicionales. Le brindaremos más información sobre nuestras tarifas cuando realice la solicitud.
- **Derecho a presentar una queja.** Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad o que no hemos respetado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por escrito o por teléfono. Para eso, use la información de contacto que aparece al final de este aviso.

Además, puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para hacerlo, 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/.

NO HAREMOS NADA CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Derecho a recibir una copia de este aviso.** Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para eso, use la información de contacto que aparece al final de este aviso. Si recibe este aviso a través de nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.

Información de Contacto

Si tiene preguntas sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono. Para eso, use la información de contacto que aparece a continuación.

Attn: Privacy Official
Superior HealthPlan
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741
1-800-218-7453
TDD/TTY: 711

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como afiliado a Superior STAR+PLUS MMP, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla español, contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud. Para solicitar un intérprete, simplemente llame al 1-866-896-1844 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Este es un servicio gratuito. Además, tenemos material impreso disponible en español. También podemos proporcionarle información en braille, en audio o en letra grande.

Si quiere obtener información acerca de cualquiera de los siguientes temas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado:

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - Información financiera.
 - Información sobre cómo hemos sido calificados por los afiliados al plan.
 - Información sobre cuántas apelaciones presentaron los afiliados.
 - Información sobre cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Información sobre cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria.
- Antecedentes de nuestros proveedores y farmacias de la red.
- Información sobre cómo pagamos a los proveedores de la red.
- Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web, mmp.SuperiorHealthPlan.com.
- Servicios y medicamentos cubiertos, y reglas que usted debe cumplir, incluido lo siguiente:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
 - Límites de cobertura y medicamentos.
 - Reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto, que incluye solicitarnos lo siguiente:
 - La presentación por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto.
 - El cambio de una decisión que hayamos tomado.
 - El pago de una factura que recibió.

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si le pagamos al proveedor menos de lo que nos cobra. Si quiere obtener más información sobre qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si ya no lo quiere. Puede abandonar el plan en cualquier momento del año.

- Tiene derecho a recibir la mayor parte de los servicios de atención de salud a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D a través de un plan de medicamentos que requieren receta médica o un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10, Sección A, página 217, para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o en un plan de beneficios de medicamentos que requieren receta médica.
- Si abandona el plan, obtendrá los beneficios de Medicaid de Texas como los obtenía antes de inscribirse. Se ofrecerán a través del pago por servicio de Medicaid de Texas.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener toda la información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando solicita servicios. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento, independientemente de la cobertura de los costos y beneficios.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo. Se le debe informar con anticipación si el servicio o tratamiento forman parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo sacaremos del plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisión de cobertura. El Capítulo 9, Sección 6.4, página 191, indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud

La instrucción anticipada le permite tomar decisiones sobre su atención de salud antes de que su estado sea crítico. Puede expresar sus decisiones por escrito o no. Lo que usted decida se pondrá por escrito. Si entra en un estado crítico y no puede tomar decisiones sobre su atención de salud, su médico sabrá qué tipo de atención quiere recibir o no. La instrucción anticipada también puede indicar quién tiene autorización para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Si firma una instrucción anticipada, el médico lo anotará en su expediente médico para que los otros médicos lo sepan.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención de salud por sí mismas. Antes de que esto le ocurra a usted, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona el derecho a tomar decisiones sobre la atención de salud en su nombre.**
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención de salud si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones se denomina instrucción anticipada. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. El testamento en vida y el poder legal para la atención de salud son ejemplos de este tipo de documentos.

Superior STAR+PLUS MMP quiere informarle sus derechos para que pueda completar los documentos con anticipación. Estos son los tipos de instrucciones anticipadas que puede elegir en conformidad con la ley de Texas:

- Instrucción para el médico (testamento en vida): un testamento en vida le indica al médico qué hacer. Si usted se encuentra al borde de la muerte, este documento le indicará al médico que usted no quiere recibir atención. En el estado de Texas, usted puede redactar un testamento en vida. El médico deberá cumplir con el testamento en vida en caso de que usted esté en estado crítico y no pueda decidir sobre su atención.
- Poder legal para atención de salud permanente: este formulario otorga a la persona que usted designe el poder de tomar decisiones sobre su atención de salud en caso de que usted no pueda hacerlo.
- Declaración sobre tratamiento de salud mental: este documento le indica al médico la atención de salud mental que usted quiere recibir. En el estado de Texas, usted puede optar por esta alternativa. Finaliza después de tres (3) años de haberlo firmado o en cualquier momento que usted decida cancelarlo, a menos que un tribunal haya determinado que usted ya no está en condiciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



En el estado de Texas, el médico debe cumplir con esta solicitud si usted está en estado crítico.

No tiene la obligación de utilizar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo prefiere. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Medicaid de Texas, como la Comisión de Salud y Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, HHSC) de Texas, también pueden tener formularios de instrucción anticipada. Puede comunicarse con la HHSC al 1-800-252-8263 (TTY: 711) o a través de su sitio web, <https://hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/advance-directives>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere consultar a un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.
- Si será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.

Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una instrucción anticipada.

G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted firmó una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja ante la HHSC llamando al 1-800-252-8263 o a través de su sitio web, <https://hhs.texas.gov/>. También puede presentar una queja a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) o a través de su sitio web, <http://www.medicare.gov>.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



H. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9, Sección 3, página 170, le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para el cambio de una decisión de cobertura o presentar una queja. También tiene derecho a una audiencia imparcial ante el estado en cualquier momento.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros afiliados hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Tiene derecho a recibir una respuesta oportuna a su queja.

H1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos

Si cree que lo han tratado injustamente, y ese trato **no** está relacionado con los motivos de discriminación que se detallan en la página 144, o desea obtener más información acerca de sus derechos, puede obtener ayuda llamando a los siguientes:

- Departamento de Servicios al Afiliado.
- Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP). En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) de Texas. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección E1, página 23.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede consultar o descargar la publicación “*Medicare Rights & Protections*” (*Sus Derechos y Protecciones en Medicare*) que se encuentra en el sitio web de Medicare: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).

Si quiere obtener más información sobre sus derechos, también puede comunicarse con las siguientes agencias:

- Línea de Ayuda de STAR+PLUS de Medicaid de Texas, al teléfono: 1-877-782-6440 o 2-1-1
- Oficina de la Defensoría de la HHSC, al teléfono: 1-877-787-8999

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado al plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Además, tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de los derechos y las responsabilidades de los afiliados a Superior STAR+PLUS MMP. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Lea el *Manual del Afiliado*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:
 - Para los servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4, página 29 y 53. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
 - Para los medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6, páginas 112 y 130.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que requieren receta médica que tenga.** Se nos exige asegurarnos de que usted utilice todas las opciones de cobertura cuando recibe atención de salud. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención de salud** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención de salud a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Conozca todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos que requieren receta médica, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, hágalas. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio del médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores. Esperamos que cumpla con las citas programadas y que las cancele por anticipado si no puede asistir.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los afiliados a Superior STAR+PLUS MMP, Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B.
 - **Si usted obtiene algún servicio o medicamento no cubiertos por el plan, debe pagar el costo total.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 170, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, ya no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio se pueden inscribir en Superior STAR+PLUS MMP. El Capítulo 1, Sección D, página 7, le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera del área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el lugar donde se mude. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.
 - Además, asegúrese de informarles a Medicare y Medicaid de Texas acerca de su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Secciones G y H, páginas 25 y 26, para encontrar los números de teléfono de Medicare y Medicaid de Texas.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.
- Debe cumplir con las políticas y los procedimientos del plan de salud. Esto incluye la siguiente responsabilidad:
 - Asegurarse de contar con la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de consultar a un especialista.
- Debe compartir con el proveedor de atención primaria cualquier información relacionada con su salud y conocer las opciones de servicios y tratamientos. Esto incluye la siguiente responsabilidad:
 - Colaborar con los proveedores para acceder a sus expedientes médicos.
 - Trabajar como un equipo con su coordinador de servicios para tomar decisiones sobre la atención de salud más conveniente para usted.
- Si considera que no se lo trató de forma imparcial o que sufrió discriminación, llame a la línea gratuita del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, al 1-800-368-1019. También puede encontrar información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea, en www.hhs.gov/ocr.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

¿Qué contiene este capítulo?

Este capítulo le informa sobre sus derechos. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

- Tiene un problema con el plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan determinó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que los servicios finalizan demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y apoyo a largo plazo

Usted debe recibir la atención de salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinan que son necesarios como parte de su plan de atención.

Si tiene un problema con su atención, puede llamar a la Oficina de la Defensoría de la HHSC, al 1-866-566-8989, para obtener ayuda. En este capítulo, se explican las diversas opciones que usted tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar a la Oficina de la Defensoría de la HHSC si necesita asesoramiento sobre su problema.

Si quiere conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección J, página 28, y obtenga más información sobre los programas de defensoría.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Índice

¿Qué contiene este capítulo?.....	165
Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y apoyo a largo plazo	165
Sección 1: Introducción	168
• Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema.....	168
• Sección 1.2: ¿Qué sucede con los términos legales?.....	168
Sección 2: Dónde puede llamar para solicitar ayuda.....	168
• Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y asistencia	168
Sección 3: Problemas relacionados con sus beneficios	170
• Sección 3.1: ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿Quiere presentar una queja?	170
Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones	171
• Sección 4.1: Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones	171
• Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	171
• Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?	172
Sección 5: Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D).....	174
• Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección	174
• Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura	175
• Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D).....	178
• Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D).....	182
• Sección 5.5: Problemas con pagos	186
Sección 6: Medicamentos de la Parte D	187
• Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D	187
• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?	189

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



• Sección 6.3: Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones	190
• Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	191
• Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D	194
• Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D	196
Sección 7: Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada.....	198
• Sección 7.1: Información sobre sus derechos de Medicare.....	198
• Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	199
• Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	201
• Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con el plazo para una apelación?	202
Sección 8: Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios terminan demasiado pronto.....	204
• Sección 8.1: Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura.....	205
• Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar con su atención.....	205
• Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar con su atención.....	207
• Sección 8.4: ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?	208
Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2.....	210
• Sección 9.1: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare.....	210
• Sección 9.2: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid de Texas.....	210
Sección 10: Cómo presentar una queja.....	211
• Sección 10.1: Quejas internas	212
• Sección 10.2: Quejas externas	213

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Sección 1: Introducción

• Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica lo que debe hacer si tiene un problema con el plan, los servicios o el pago. Medicare y Medicaid de Texas aprobaron estos procesos. Cada proceso consta de una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos respetar.

• Sección 1.2: ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales difíciles que se utilizan para algunas de las reglas y los plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. Utilizamos la menor cantidad de abreviaturas posible.

Por ejemplo, usaremos lo siguiente:

- “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficio”, “determinación de situación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.

Debido a que el conocimiento de los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, también se los proporcionamos.

Sección 2: Dónde puede llamar para solicitar ayuda

• Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y asistencia

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede ocurrir que usted no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente.

Puede obtener ayuda a través de la Oficina de la Defensoría de la HHSC

Si necesita ayuda, siempre puede comunicarse con la Oficina de la Defensoría de la HHSC. Allí pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender cómo resolver sus problemas. Consulte el Capítulo 2, Sección J, página 28, para obtener más información sobre los programas de defensoría.

La Oficina de la Defensoría de la HHSC no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Este programa puede ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar. El número telefónico de la Oficina de la Defensoría de la HHSC es 1-866-566-8989. Los servicios son gratuitos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP). Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer para resolver su problema. El SHIP no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Cuenta con asesores capacitados en todos los estados, y los servicios son gratuitos. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP). El número de teléfono del HICAP es 1-800-252-3439.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. A continuación, se presentan dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare, <https://www.medicare.gov>.

Cómo obtener ayuda de Medicaid de Texas

Puede llamar a Medicaid de Texas directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. A continuación, se presentan dos maneras de obtener ayuda de Medicaid de Texas:

- Llame al 1-800-252-8263 o al 2-1-1. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 o al 7-1-1. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicaid de Texas (<https://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/>).

Cómo obtener ayuda de otros recursos

Puede obtener ayuda de otros recursos, como los que se enumeran a continuación:

- Oficina de Asistencia Jurídica Texas Rio Grande para los condados de Bexar e Hidalgo, al 1-888-988-9996.
- Ayuda Legal de Texas del Noroeste para el condado de Dallas, al 214-748-1234.
- Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por sus siglas en inglés, QIO): KEPRO, al número gratuito 1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776). Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección F, página 24.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Sección 3: Problemas relacionados con sus beneficios

• Sección 3.1: ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿Quiere presentar una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección específica de este capítulo para su problema o queja.

<p>¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?</p> <p>(Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica o ciertos medicamentos que requieren receta médica están cubiertos o no, sobre la forma en que están cubiertos, y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos que requieren receta médica).</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.</p>
<p>Vaya a la Sección 4: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 171.</p>	<p>Vaya a la Sección 10: “Cómo presentar una queja” en la página 211.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

• Sección 4.1: Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones aborda los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura. También incluye problemas relacionados con el pago.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar.

Si usted o su médico no saben si Medicare o Medicaid de Texas cubren un servicio, un artículo o un medicamento, ambos pueden solicitarnos una decisión de cobertura antes de que el médico le brinde el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted necesita no están cubiertos o que ya no están cubiertos por Medicare o Medicaid de Texas. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación.

• Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién debo llamar para obtener ayuda con las decisiones de cobertura o la presentación de una apelación?

Puede solicitarle ayuda a cualquiera de los siguientes:

- Llame al **Departamento de Servicios al Afiliado**, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Llame a la **Oficina de la Defensoría de la HHSC** para obtener ayuda gratuita. La Oficina de la Defensoría de la HHSC ayuda a las personas inscritas en Medicaid de Texas a resolver problemas sobre los servicios o la facturación. El número de teléfono es 1-866-566-8989.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP)** para obtener ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No está relacionada con este plan. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP). El número de teléfono es 1-800-252-3439.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que lo represente. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si usted quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y pida el formulario de Designación de un Representante.
 - También puede obtener el formulario en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web, mmp.SuperiorHealthPlan.com. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- Asimismo, **tiene derecho a contratar a un abogado** para que lo represente. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Si quiere que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de *Designación de un Representante*.
 - Sin embargo, **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

• Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Nosotros dividimos este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- La **Sección 5, en la página 174**, le brinda información si tiene problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (**no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - No obtiene la atención médica que quiere y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
 - Nosotros no aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que esta atención debe estar cubierta.
 - **NOTA:** Solo use la Sección 5 si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Lista de Medicamentos*, con “**NT**” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 en la página 187 para obtener información sobre apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Usted recibió atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos, pero nosotros no pagamos esta atención.
- Usted recibió y pagó servicios o artículos médicos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que le hagamos un reembolso.
- Se le informa que la cobertura de una atención que ha obtenido se reducirá o interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, usted debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Consulte las Secciones 7 y 8 en las páginas 198 y 204.
- La **Sección 6, en la página 187**, le informa sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Quiere solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*.
 - Quiere solicitar que anulemos limitaciones en la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted y su médico, u otra persona que receta, consideran que debemos hacerlo.
 - Quiere solicitar que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. (Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago).
- La **Sección 7, en la página 198**, le indica cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto. Consulte esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Usted está en el hospital y considera que el médico le da el alta demasiado pronto.
- La **Sección 8, en la página 204**, le brinda información en caso de que considere que el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Oficina de la Defensoría de la HHSC, al 1-866-566-8989.

Sección 5: Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)

• Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección

Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas relacionados con los beneficios médicos, y de atención de salud del comportamiento y de servicios de atención a largo plazo. También puede consultar esta sección si tiene problemas relacionados con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos* marcados como “**NT**” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Considera que cubrimos un servicio médico, de atención de salud del comportamiento o de atención a largo plazo que necesita, pero no lo está recibiendo.
Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página 175, para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.
2. No aprobamos la atención que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.
Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no aprobar la atención. Vaya a la Sección 5.3, en la página 178, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
3. Usted recibió los servicios o artículos que considera que cubrimos, pero no los pagaremos.
Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no pagar. Vaya a la Sección 5.3, en la página 177, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
4. Usted recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que le hagamos un reembolso por esos servicios o artículos.
Qué puede hacer: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Vaya a la Sección 5.5, en la página 186, para obtener información sobre las solicitudes de pago.
5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Vaya a la Sección 5.3, en la página 178, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Lea las Secciones 7 u 8, en las páginas 198 y 204, para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



• Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, de salud del comportamiento o de atención a largo plazo

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escribanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Puede enviarnos un fax al 1-866-918-4447
- Puede escribirnos a la siguiente dirección:

Superior STAR+PLUS MMP
Attn: Appeals and Grievances
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?

En general, puede demorar hasta 3 días hábiles a partir del momento de su solicitud, a menos que la solicitud sea para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B. Si solicita un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas como máximo a partir de la recepción de la solicitud. Si no tomamos una decisión en el plazo de 3 días hábiles (o de 72 horas por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B), puede presentar una apelación.

¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos la decisión en un plazo de 1 día hábil (o de 24 horas para los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B).

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.

Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, primero llame o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que quiere.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Puede llamarnos al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviarnos un fax al 1-866-918-4447. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A, página 15.
- El médico o su representante también pueden llamarnos.

Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **únicamente si solicita la cobertura de atención médica o de un artículo que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de la atención médica o de un artículo que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si el plazo estándar de 3 días hábiles (o de 72 horas por medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B) podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales**.
 - Si su médico considera que necesita una decisión de cobertura rápida, tomaremos una automáticamente.
 - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 3 días hábiles (o de 72 horas por medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, la tomaremos automáticamente.
 - En la carta también se informará cómo presentar una “queja rápida” en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 211.

Si la decisión de cobertura es sí, ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?

Lo aprobarán (autorización previa) para obtener el servicio o el artículo en un plazo de 3 días hábiles (para una decisión de cobertura estándar) o de 1 día hábil (para una decisión de cobertura rápida), a partir del momento de su solicitud, a menos que la solicitud sea para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si solicita un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, lo aprobarán (autorización previa) para obtener el medicamento en un plazo de 72 horas (para una decisión de cobertura estándar) o de 24 horas (para una decisión de cobertura rápida).

Si la decisión de cobertura es no, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **no**, le enviaremos una carta en la que se detallen las razones correspondientes.

- Si **rechazamos** su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. La presentación de una apelación implica que se nos solicita que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



• Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a la Oficina de la Defensoría de la HHSC, al 1-866-566-8989. La Oficina de la Defensoría de la HHSC no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para ver si es correcta. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si le informamos después de nuestra revisión que el servicio o artículo no está cubierto, su caso irá a una apelación de nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje.

Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A1, página 15.

- Puede solicitarnos una apelación estándar o una apelación rápida.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso.
- Siga leyendo esta sección para conocer el plazo que se aplica a su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Puede enviarnos una solicitud a la siguiente dirección:

Superior STAR+PLUS MMP

Attn: Appeals and Grievances - Medicare Operations

7700 Forsyth Blvd.

St. Louis, MO 63105

- También puede hacerlo llamándonos al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación por usted. Además, alguien diferente a su médico u otro proveedor puede presentar una apelación por usted, pero primero usted debe completar un formulario de *Designación de un Representante*. El formulario le otorga a otra persona un permiso para actuar en su nombre.

Para obtener este formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite uno, o visite <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o nuestro sitio web, mmp.SuperiorHealthPlan.com.

Si a la apelación la presenta alguien que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de *Designación de un Representante* completo antes de poder revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son los siguientes: tiene una enfermedad grave, o le proporcionamos información incorrecta sobre los plazos para solicitar una apelación.

NOTA: Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?” en la página 182 para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

Sí. Solicítenos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

¿Puede mi médico brindarles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **rechazábamos** su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original. Si la decisión original se basó en que no había necesidad médica, entonces el revisor será un médico.

En caso de necesitar más información, se la podríamos solicitar a usted o a su médico.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación estándar?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de su apelación (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 211.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días calendario (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B) o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Texas, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4, en la página 182.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación (o de 7 días calendario desde la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B).

Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Texas, la carta le informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4, en la página 182.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si usted solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 211.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Texas, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4, en la página 182.

Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Texas, la carta le informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4, en la página 182.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?

Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio que fue aprobado previamente, le enviaremos un aviso antes de hacerlo. Si usted no está de acuerdo con esta medida, puede presentar una apelación de nivel 1 y solicitarnos que continuemos sus beneficios. Usted debe **realizar la solicitud en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar con sus beneficios:

- Dentro de los 10 días desde la fecha del envío de nuestro *Aviso de Acción*.
- En la fecha de entrada en vigor prevista de la medida.

Si usted cumple con el plazo, puede continuar recibiendo el servicio en disputa mientras su apelación se encuentra en proceso.

• Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza en el nivel 1, ¿cuál es el paso siguiente?

Si **rechazamos** en forma parcial o total la apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicare o Medicaid de Texas.

- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (por sus siglas en inglés, IRE) apenas se complete la apelación de nivel 1.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicaid de Texas**, puede solicitar una apelación de nivel 2 (denominada “audiencia imparcial”) ante la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, HHSC) de Texas. La carta le explicará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que podrían estar cubiertos por **Medicare y Medicaid de Texas**, usted obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la IRE. También puede solicitar una apelación de nivel 2 (denominada “audiencia imparcial”) ante la División de Apelaciones de la HHSC.

¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es una apelación externa, que es presentada por una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de apelaciones de nivel 2 de Medicare es la Entidad de Revisión Independiente (por sus siglas en inglés, IRE). La apelación de nivel 2 de Medicaid de Texas se denomina “audiencia imparcial”. Las solicitudes de audiencia imparcial se presentan a Superior STAR+PLUS MMP, pero las revisa la División de Apelaciones de la HHSC.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid de Texas. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?

La apelación de nivel 2 por los servicios y artículos de Medicaid de Texas se denomina “audiencia imparcial ante el estado”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si quiere solicitar una audiencia imparcial ante el estado, debe comunicarse con Superior STAR+PLUS MMP por escrito. Podemos ayudarlo con esta solicitud. Le enviaremos su solicitud de audiencia imparcial a la División de Apelaciones de la HHSC. Usted o su representante deben solicitar una audiencia imparcial **en un plazo de 120 días** a partir de la fecha de la carta en la cual le informamos que rechazamos su apelación de nivel 1 ante nuestro plan. La División de Apelaciones de la HHSC puede extender este plazo si tiene un buen motivo para haber enviado la carta tarde.

Para solicitar una audiencia imparcial ante el estado, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

También puede enviarnos la solicitud escrita por correo a la siguiente dirección:

Superior STAR+PLUS MMP
Attn: Appeals and Fair Hearings
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

Una vez que la División de Apelaciones de la HHSC reciba su solicitud de audiencia, usted recibirá un paquete de información en el cual se le indican la fecha, la hora y el lugar en que se realizará la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se realizan por teléfono. Durante la audiencia, usted o su representante pueden comentarle al funcionario encargado de la audiencia el motivo por el cual necesita el servicio que rechazamos.

La División de Apelaciones de la HHSC le dará una decisión final en un plazo de 90 días a partir de la fecha en la que solicitó la audiencia. Si reúne los requisitos para una audiencia imparcial acelerada, la División de Apelaciones de la HHSC debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas. Sin embargo, la División de Apelaciones de la HHSC puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría ayudarlo.

Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué ocurrirá en la apelación de nivel 2?

Una IRE leerá detenidamente la decisión de nivel 1 y determinará si debe ser modificada.

- No necesita solicitar la apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su expediente llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



La IRE deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de su apelación (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

Si tuvo una “apelación rápida” en el nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas de recibida su apelación.

- Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

¿Qué sucede si el servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Texas?

Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid de Texas, enviaremos automáticamente la apelación de nivel 2 a la IRE. También puede solicitar una audiencia imparcial. Las solicitudes de audiencia imparcial se presentan a Superior STAR+PLUS MMP, pero las revisa la División de Apelaciones de la HHSC. Siga las instrucciones de la página 182.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?

Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por **Medicare o por Medicare y Medicaid de Texas**, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de nivel 2.

Si el problema está relacionado con un servicio cubierto **solo por Medicaid de Texas**, sus beneficios para el servicio continuarán durante el proceso de apelaciones de nivel 2 si se cumple lo siguiente:

- Su apelación tiene que ver con nuestra decisión de reducir o interrumpir un servicio que antes estaba autorizado.
- Solicita la apelación de nivel 2 (audiencia imparcial) dentro de los 10 días de haber recibido la carta en la cual le informamos que rechazamos la apelación de nivel 1 o antes de la fecha de entrada en vigor prevista para la medida, lo que suceda después.

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su apelación de nivel 2 (audiencia imparcial) fue a la División de Apelaciones de la HHSC, le notificarán por escrito la decisión de la audiencia.

- Si la División de Apelaciones de la HHSC **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la audiencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Si la División de Apelaciones de la HHSC **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su apelación de nivel 2 va a la IRE, esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial la solicitud que usted hizo en la apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 14 días calendario desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial lo que solicitó en la apelación estándar por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, debemos autorizar el medicamento o brindárselo en un plazo de 72 horas desde la recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar el medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B o brindárselo en un plazo de 24 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

¿Qué sucede si presenté una apelación ante la Entidad de Revisión Independiente y ante la División de Apelaciones de la HHSC y estas toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la División de Apelaciones de la HHSC deciden **aceptar** en forma total o parcial su solicitud, le brindaremos el servicio o el artículo aprobado que sea más cercano al que solicitó en la apelación.

Si rechazan mi solicitud en forma total o parcial, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de nivel 2 (audiencia imparcial) fue a la División de Apelaciones de la HHSC, puede solicitar una revisión administrativa para presentar una nueva apelación. La carta que reciba de la División de Apelaciones de la HHSC describirá esta opción para una siguiente apelación.

Si su apelación de nivel 2 pasó a la IRE, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.

Consulte la Sección 9, en la página 210, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



• Sección 5.5: Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca le exigimos que pague el saldo de una factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente usted deba solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago.

¿Puedo solicitarles que me reembolsen el monto de un servicio o artículo que ya pagué?

Recuerde que si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagarla. Sin embargo, si paga la factura, puede recibir un reembolso siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de enviar el pago es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no cumplió con todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3, en la página 178. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos un servicio o artículo que usted ya adquirió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la IRE. Se lo notificaremos a través de una carta si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y establece que debemos pagarle, debemos enviarles el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarles el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). La carta que reciba explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. Consulte la Sección 9, en la página 210, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicaid de Texas, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo (consulte la Sección 5.4, en la página 182).

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

• **Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D**

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid de Texas puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

- La *Lista de Medicamentos* incluye algunos medicamentos marcados como “**NT**”. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo “**NT**” siguen el proceso descrito en la Sección 5, en la página 174.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?

Sí. A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede solicitar que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, como la siguiente:
 - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos* del plan.
 - Solicitar que anulemos una restricción a la cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites a la cantidad de medicamento que usted puede obtener).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la *Lista de Medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

NOTA: Si en la farmacia le indican que no se podrá surtir su receta médica, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Utilice el cuadro que aparece a continuación para determinar qué sección tiene información útil para usted:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no aparece en la <i>Lista de Medicamentos</i> o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección 6.2 en la página 189. Consulte también las Secciones 6.3 y 6.4 en las páginas 190 y 191.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de la <i>Lista de Medicamentos</i> y considera que usted cumple con las reglas o las restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 191.</p>	<p>¿Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 191.</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento como usted lo quiere?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la Sección 6.5 en la página 194.</p>

• **Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?**

Una “excepción” es un permiso para recibir cobertura de un medicamento que normalmente no figura en la *Lista de Medicamentos* o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en la *Lista de Medicamentos*, o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una excepción.

Al solicitar una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A continuación, se presentan ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que receta, pueden solicitar que hagamos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*.
2. Eliminación de una restricción a nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B, página 119).
 - Las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Requerir el uso de una versión genérica de un medicamento, en lugar de un medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que decidamos cubrirle el medicamento (a veces, esto se denomina “autorización previa”).
 - Requerir que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita (a veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
 - Aplicar límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener.

El término legal para solicitar la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina, a veces, solicitar una “**excepción al Formulario**”.

• **Sección 6.3: Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones**

El médico u otra persona que receta deben informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona que receta debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Tomaremos nuestra decisión sobre la excepción con mayor rapidez si usted incluye esta información de su médico u otra persona que recete al momento de solicitar la excepción.

En general, la *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, no aprobaríamos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5, en la página 194, le informa sobre cómo presentar una apelación en el caso de que **rechacemos** su solicitud.

La sección siguiente le informa sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

• **Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción**

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiere. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden encargarse de esto. Puede llamarnos al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Usted, el médico (u otra persona que receta) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección 4, en la página 171, para obtener información sobre cómo otorgar un permiso para que otra persona actúe como su representante.
- No necesita otorgar un permiso escrito a su médico u otra persona que receta para que nos soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, página 139, de este manual. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.

Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para solicitárnosla o pídale a su representante, a su médico o a otra persona que receta que la soliciten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico o de otra persona que receta.
- Usted, el médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo. Su médico u otra persona que receta deben proporcionarnos las razones médicas para la excepción de medicamentos. Denominamos a esto “declaración de respaldo”.
- Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo una declaración.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión de cobertura rápida

Utilizaremos plazos estándares, salvo que acordemos utilizar plazos rápidos.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si el hecho de utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales**.

Si el médico u otra persona que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos tomarla y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico o de otra persona que receta), nosotros decidiremos si tomaremos una decisión de cobertura rápida o no.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.
 - Le enviaremos una carta para informárselo. La carta le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra determinación de tomar una decisión estándar.
 - Usted puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta a la queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 211.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. O si solicita una excepción, 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o persona que receta que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud, o de la declaración del médico o de la persona que receta que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. La carta también le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. O si solicita una excepción, después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o persona que receta. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de respaldo de su médico o la persona que receta.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. La carta también le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario desde de la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, le haremos el pago en un plazo de 14 días calendario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la rechazamos. La carta también le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

• **Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D**

- Para empezar una apelación, usted, su médico u otra persona que receta, o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo por escrito. También puede hacerlo llamándonos al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Si quiere una apelación rápida, puede presentarla por escrito o por teléfono.
- Presente su apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviemos el aviso para informarle nuestra decisión. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, entre los buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentra el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico, la persona que receta o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otra persona que receta, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si lo quiere, usted y su médico, u otra persona que receta, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si apela una decisión tomada por el plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y el médico, u otra persona que receta, deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida, que figuran en la Sección 6.4, en la página 191.

El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión

- Volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otra persona que receta, para obtener más información. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

Plazos para una apelación rápida

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación, o antes si su salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**.

Plazos para una apelación estándar

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días calendario desde la recepción de su apelación o antes si su salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su apelación. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación rápida.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Si no le ofrecemos una decisión en un plazo de 7 días calendario o 14 días si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero, a más tardar, a los 7 días calendario desde la recepción de su apelación o 14 días si nos solicitó el reembolso por un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué la **rechazamos** y le informaremos como apelar nuestra decisión.

• **Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D**

Si **rechazamos** en forma total o parcial su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la IRE revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos sobre la decisión en la apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos su expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. Para ello, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, un médico u otra persona que receta, o su representante pueden presentar la apelación de nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Tiene derecho a brindarle información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.

Plazos para una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la IRE una apelación rápida.
- Si la IRE autoriza una apelación rápida, debe responder a su apelación de nivel 2 en el plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el nivel 2, la IRE debe responder su apelación de nivel 2 en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación o de 14 días si nos solicitó que le reembolsáramos el pago de un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

Rechazar significa que la IRE está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el monto mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Sección 7: Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- El médico o el personal del hospital le comunicarán cuándo es su fecha de alta.

Si considera que debe dejar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

• Sección 7.1: Información sobre sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso denominado *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*. Si no recibe este aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no comprende. El *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos* le informa sobre sus derechos como paciente internado en un hospital, entre los que se incluyen los siguientes:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Participar en la toma de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Conocer dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma en este aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puede haberle informado su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado, de manera que tenga la información si la necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Si es necesario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a Medicare, a los números que se detallan más arriba.

• **Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, debe presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará la revisión de la apelación de nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO.

Si quiere presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO, al **1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776)**.

Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada. El aviso *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos* contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si usted llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin tener que pagar mientras espera que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776), y solicite una revisión rápida.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha de alta planificada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles, consulte la Sección 7.4 en la página 202.

Queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, al 1-800-252-3439 o a la Oficina de la Defensoría de la HHSC al 1-866-566-8989.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

Solicite una revisión rápida

Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

El término legal para “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Los revisores leerán su expediente médico, hablarán con el médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted recibirá una carta que le informará su fecha de alta planificada. La carta explicará los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto que se le dé el alta en esa fecha.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



El término legal para esta explicación escrita se denomina **Aviso Detallado del Alta**. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si quiere obtener una copia del aviso, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia del aviso en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, nosotros deberemos seguir cubriendo los servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces es posible que tenga que pagar el costo total de la continuidad de la hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que usted podría tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2.

• **Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2. Deberá comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya rechazado su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776), y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de la decisión de su primera apelación. Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y que no la cambiará. La carta que usted reciba le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

• Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con el plazo para una apelación?

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las reglas.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una revisión rápida de su fecha de alta hospitalaria.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una revisión rápida.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que usted aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, implica que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.
- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la IRE en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página 211, le informa cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su revisión rápida. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con la apelación sobre su alta hospitalaria.
- Si la IRE **acepta** su apelación, nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
- La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

Sección 8: Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios terminan demasiado pronto

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención únicamente:

- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que los necesita.
 - Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de esta atención, nosotros interrumpiremos el pago de su atención.

Si considera que finalizamos la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



• **Sección 8.1: Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura**

Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que interrumamos el pago de su atención. Esto se denomina *Aviso de No Cobertura de Medicare*.

- El aviso escrito le indicará la fecha en la que interrumiremos la cobertura de su atención.
- El aviso escrito también le indicará cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió. Esto **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es el momento de interrumpir la atención que está recibiendo. Cuando finalice su cobertura, interrumiremos el pago de su atención.

• **Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar con su atención**

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de iniciar la apelación, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página 211, le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, al 1-800-252-3439 (TTY: 711).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776). También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el *Aviso de No Cobertura de Medicare*.

Este es el aviso que recibió cuando le informamos que íbamos a dejar de cubrir su atención.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776), y solicite una apelación rápida.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Solicíteles que realicen una apelación rápida. Esta una revisión independiente de si es médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es el plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso escrito que le indica cuándo se interrumpirá la cobertura de su atención.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 en la página 208.

El término legal para el aviso escrito es ***Aviso de No Cobertura de Medicare***.

Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

¿Qué sucede durante una revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en la que explique por qué los servicios deberían terminar.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.
- **En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información necesaria, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se le explicará la decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deberían finalizar es ***Explicación Detallada de No Cobertura***.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces nosotros debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, entonces su cobertura finalizará en la fecha que se le informó. Interrumpiremos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de esa atención.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios después de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces tendrá que pagar el costo total de esa atención.

• Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación, **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el nivel 1. Si ellos están de acuerdo con la decisión de nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios después de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad puede comunicarse con KEPRO al 1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776). Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776), y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que acepta la decisión que tomó en relación con la apelación de nivel 1 y no la cambiará.
- La carta que usted reciba le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

• Sección 8.4: ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para continuar con su atención por más tiempo

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios. Verificamos si la decisión sobre cuándo deben finalizar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud de una revisión rápida.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una revisión rápida.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, significa que interrumpir la prestación de sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura finalizará a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.

Si continúa recibiendo servicios después del día en el que le informamos que se interrumpirían, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de nivel 2 para continuar con su atención por más tiempo

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la IRE en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página 211, le informa cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de rechazar su revisión rápida. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de los servicios fue médicamente apropiado.

La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

• Sección 9.1: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez especializado en derecho administrativo. La persona que toma la decisión sobre una apelación de nivel 3 es un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador. Si quiere que un juez o un abogado mediador revise su caso, el artículo o el servicio médico que usted solicita deberán alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar que un juez o un abogado mediador vea su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión de este juez o abogado mediador, puede acudir a la Junta de Apelaciones de Medicare. Posteriormente, podrá tener el derecho a solicitar a un tribunal federal que analice su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Oficina de la Defensoría de la HHSC. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

• Sección 9.2: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid de Texas

También tiene más derechos de apelación si su apelación está relacionada con servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Medicaid de Texas. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de apelaciones adicionales, puede llamar a la Oficina de la Defensoría de la HHSC, al 1-866-566-8989.

Si no está de acuerdo con la decisión del funcionario de la audiencia imparcial, puede solicitar una revisión administrativa dentro de los 30 días a partir de la fecha de la decisión.

La carta que usted reciba de la División de Apelaciones de la HHSC le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Sección 10: Cómo presentar una queja

¿Qué tipos de problemas deberían ser quejas?

El proceso de presentación de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de quejas.

Quejas sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted.
- El personal de Superior STAR+PLUS MMP lo trató mal.
- Considera que lo están desvinculando del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los plazos de espera

- Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o el Departamento de Servicios al Afiliado u otro personal del plan lo hicieron esperar mucho tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Resumen: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección 10.2 en la página 213.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Quejas sobre el acceso a servicios de idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece los servicios de un intérprete durante su cita.

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Usted considera que no le proporcionamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

Quejas sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o hacerle el reembolso por ciertos servicios médicos.
- Usted cree que no enviamos su caso a la IRE a tiempo.

El término legal para una “queja” es “**queja formal**”.

El término legal para “presentar una queja” es “**presentar una queja formal**”.

¿Hay diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Las quejas internas se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlas. Las quejas externas se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización las revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Oficina de la Defensoría de la HHSC, al 1-866-566-8989.

• **Sección 10.1: Quejas internas**

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que esté relacionada con un medicamento de la Parte D. Si la queja está relacionada con un medicamento de la Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja.

- Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Superior STAR+PLUS MMP
 Attn: Appeals and Grievances - Medicare Operations
 7700 Forsyth Blvd.
 St. Louis, MO 63105

- Respondemos su queja en un plazo de 30 días calendario. También puede presentar una queja rápida si rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para presentar una queja rápida.
- Si tiene un buen motivo para presentar la queja de manera tardía, infórmenos y consideraremos si le extenderemos el plazo para presentar una queja.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada”.

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos las quejas en un plazo de 30 días calendario.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su queja, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

• Sección 10.2: Quejas externas

Puede presentar su queja ante Medicare

Puede enviar su queja a Medicare. El *Formulario de Quejas de Medicare* está disponible en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no le brinda una respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Puede presentar su queja ante Medicaid de Texas

Una vez que haya realizado el proceso de presentación de quejas del plan, puede enviar una queja a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando de forma gratuita al 1-866-566-8989. Si quiere presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Health Plan Operations - H-320
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200
ATTN: Resolution Services

También puede enviar la queja por correo electrónico a HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted considera que no lo trataron de forma justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con alguna discapacidad o sobre los servicios de asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

O puede comunicarse con su Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

En el condado de Bexar:

11307 Roszell, Room 2100
MC 279-4
San Antonio, Texas 78217 210-619-8166
Fax: 210-619-8159
TTY: 711

En el condado de Dallas:

801 S. State Highway 161, Suite 600
MC 012-5
Grand Prairie, TX 75051 1-972-337-6245
Fax: 1-972-337-6153
TTY: 711

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



En el condado de Hidalgo:

2520 S. Veterans Blvd
MC 108-1
Edinburg, Texas 78539
1-956-316-8393
Fax: 1-956-316-8177
TTY: 711

Es posible que también tenga derechos según la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades. Puede comunicarse con la Oficina de la Defensoría de la HHSC para solicitar ayuda. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si así lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (*sin* presentar su queja ante nosotros).
- O puede presentar su queja ante nosotros **y** ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-315-0636 (TTY: 1-855-843-4776).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan de Medicare-Medicaid

Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan y sus opciones de cobertura de la salud luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas Medicare y Medicaid de Texas mientras cumpla con los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan de Medicare-Medicaid?	217
B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan	217
C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid	218
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado	218
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	218
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid	220
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación	221
F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su afiliación	221
G. Reglas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud	222
H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan	222
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan	222

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan de Medicare-Medicaid?

Puede cancelar su afiliación al plan de Medicare-Medicaid Superior HealthPlan STAR+PLUS MMP en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan de Medicare-Medicaid o cambiándose a Medicare Original.

Su afiliación se cancelará el último día del mes en el que hayamos recibido su solicitud de cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, la cobertura de nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1.º de febrero). Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare, en el cuadro de la página 219.
- Servicios de Medicaid de Texas, en la página 220.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación llamando a los siguientes números:

- Línea de ayuda de STAR+PLUS: 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP), Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) de Texas: 1-800-252-3439. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5, Sección G3, página 129, para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Si decide cancelar su afiliación, infórmeles a Medicaid o a Medicare que quiere abandonar Superior STAR+PLUS MMP:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS, al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Envíe a Medicaid de Texas un formulario de cambio de inscripción. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 (TTY: 711) si necesita que se lo envíen por correo.
- Llame a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas o que tienen dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en el cuadro de la página 219.

C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente.

Para inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente haga lo siguiente:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS, al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Infórmeles que quiere abandonar Superior STAR+PLUS MMP y afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid. Si no está seguro de a qué plan quiere afiliarse, pueden informarle sobre otros planes en su área.
- Envíe a Medicaid de Texas un formulario de cambio de inscripción. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 (TTY: 711) si necesita que se lo envíen por correo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Su cobertura de Superior STAR+PLUS MMP se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no quiere inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente luego de abandonar Superior STAR+PLUS MMP, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE)</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) de Texas. <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Superior STAR+PLUS MMP cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>A Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) de Texas. <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Superior STAR+PLUS MMP cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>A Medicare Original sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud de Texas al 1-800-252-3439 (TTY: 711).</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) de Texas. <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Superior STAR+PLUS MMP cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
--	--

D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid

Entre sus servicios de Medicaid de Texas se incluyen la mayoría de los servicios y el apoyo a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Si abandona el plan de Medicare-Medicaid, seguirá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

- Puede cambiar a otro plan de salud que solo incluya Medicaid llamando a la Línea de Ayuda de STAR+PLUS, al 1-877-782-6440. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Recibirá una nueva tarjeta de identificación de afiliado, un nuevo *Manual del Afiliado* y un nuevo *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación

Si abandona Superior STAR+PLUS MMP, puede pasar un tiempo hasta que se cancele su afiliación y comience la nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Consulte la página 217 para obtener más información. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo la atención de salud y los medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas médicas.**
En general, sus medicamentos que requieren receta médica solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de compra por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que se cancela su afiliación, en general, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que se le dé el alta.**
Esto será así aunque su nueva cobertura de la salud entre en vigor antes de que reciba el alta.

F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su afiliación

Estos son los casos en los que Superior STAR+PLUS MMP debe cancelar su afiliación al plan:

- Si se interrumpe su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid de Texas. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid de Texas.
- Si no paga el monto necesario para reunir los requisitos para los beneficios (algunos gastos médicos a cargo del paciente).
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga para los medicamentos que requieren receta médica.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos para afiliarse a nuestro plan. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no reúne los requisitos para permanecer afiliado según esta disposición. Debemos cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y Medicaid de Texas:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y la información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros afiliados a nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado para obtener atención médica.
 - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

G. Reglas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud, debe llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También debería llamar a Medicaid de Texas, al 1-800-252-8263 o al 211 (TTY: 1-800-735-2989 o al 711).

H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su afiliación a nuestro plan, debemos explicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 10, página 211, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo describe los avisos legales que se aplican a su afiliación a Superior STAR+PLUS MMP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	224
B. Aviso de No Discriminación	224
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	226
D. Aviso sobre los plazos de actualización del material	226

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este manual. Las leyes más importantes que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales o estatales.

B. Aviso de No Discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Medicaid de Texas deben obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencia sinistral, color, origen étnico, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si quiere obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.
- También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, al 1-888-388-6332.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención de salud o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

Declaración de No Discriminación

Statement of Non-Discrimination

El Superior Health Plan (Superior) STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Superior STAR+PLUS MMP tampoco excluye a personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Superior STAR+PLUS MMP proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si cree que Superior STAR+PLUS MMP no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Departamento de Servicios al Afiliado de Superior STAR+PLUS MMP está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que esa oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono:

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

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

Statement of Non-Discrimination

Superior HealthPlan (Superior) STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Superior STAR+PLUS MMP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Superior STAR+PLUS MMP:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and 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 and information written in other languages.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



If you need these services, contact Superior STAR+PLUS MMP's Member Services at 1-866-896-1844 (TTY users should call 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Superior STAR+PLUS MMP 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 by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Superior STAR+PLUS MMP's Member Services 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,
(TDD: 1-800-537-7697).

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

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

En ocasiones, un tercero debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

D. Aviso sobre los plazos de actualización del material

Superior STAR+PLUS MMP debe actualizar su material para reflejar los cambios de las leyes federales tan pronto como sea posible; a más tardar, noventa (90) días calendario después de la fecha de entrada en vigor de los cambios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan en todo el *Manual del Afiliado* con sus definiciones. Los términos aparecen a continuación. Si no logra encontrar un término o si necesita más información que la que suministra la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Actividades de la vida cotidiana: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Ayuda paga pendiente: puede continuar recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta continuidad de cobertura se denomina “ayuda paga pendiente”.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a los pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no suelen requerir más de 24 horas de atención.

Apelación: una manera que usted tiene de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El Capítulo 9, página 165, explica las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Medicamento de marca: un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2, página 25, explica cómo comunicarse con los CMS.

Queja: una declaración verbal o por escrito que manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Evaluación integral de riesgo de salud: una evaluación para confirmar su nivel de riesgo adecuado y desarrollar su plan de atención. La evaluación integral de riesgo de salud incluirá, entre otros, la salud física y del comportamiento, las necesidades sociales, el estado clínico, los dominios de bienestar y prevención, el estado del cuidador y sus capacidades, así como sus preferencias, fortalezas y objetivos.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF): un centro que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Costo compartido: los montos que debe pagar al obtener servicios o medicamentos. Entre los costos compartidos se incluyen los copagos y coseguros.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Se incluyen las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. El Capítulo 9, página 175, explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y el apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre, los equipos y los demás servicios cubiertos por nuestro plan.

Capacitación en asuntos culturales: educación que ofrece a nuestros proveedores de atención de salud capacitación adicional para entender mejor sus antecedentes, sus valores y sus creencias, para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cancelación de la afiliación: el proceso para cancelar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión).

Niveles de los medicamentos: grupos de medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de tres niveles.

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME): ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar.

Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte o la pérdida de una parte del cuerpo o su función. Los síntomas médicos pueden incluir una lesión grave o un dolor intenso.

Atención de emergencia: servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica.

Excepción: un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Ayuda Adicional: es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por ingreso bajo” o “LIS”.

Audiencia imparcial: su oportunidad de hablar sobre su problema ante un tribunal y demostrar que tomamos la decisión incorrecta

Medicamento genérico: un medicamento que requiere receta médica, que cuenta con la aprobación del gobierno federal para ser utilizado en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Queja formal: una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen las quejas por la calidad de su atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Plan de salud: una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de servicios para ayudarlo a coordinar todos los servicios y proveedores. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Evaluación de riesgo de salud: una revisión del historial médico y el estado actual de un paciente. Se utiliza para determinar el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro.

Ayudante para el cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Cuidado de enfermos terminales: un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con enfermedades terminales a vivir cómodamente. Esto significa que una persona tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos.

- Una persona inscrita que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Superior STAR+PLUS MMP debe brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado de enfermos terminales de su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado de Superior STAR+PLUS MMP para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que Superior STAR+PLUS MMP paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.

Paciente internado: un término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fuera admitido formalmente, se lo podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permaneciese en el hospital durante la noche.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una lista de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, se la denomina *Formulario*.

Servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS): los servicios y apoyo a largo plazo que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no deba ir a una casa de reposo o al hospital.

Subsidio por ingreso bajo (por sus siglas en inglés, LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Medicaid (o Ayuda Médica): es un programa gestionado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.
- Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2, página 14, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.

Para los servicios que no sean de salud del comportamiento, los servicios de atención de salud médicamente necesarios tienen las siguientes características:

- son razonables y necesarios para prevenir afecciones médicas o enfermedades, o para permitir la detección temprana, las intervenciones o los tratamientos para afecciones que causan dolor o sufrimiento, malformaciones físicas o limitaciones en las actividades, que amenazan con causar o empeoran una incapacidad, una enfermedad o una debilidad en un afiliado, o ponen en peligro la vida;
- se brindan en centros adecuados y a los niveles apropiados de atención para el tratamiento de sus afecciones médicas;
- cumplen con las pautas y los estándares de atención de salud respaldados por organizaciones de atención de salud con reconocimiento profesional o por agencias gubernamentales;
- se corresponden con el diagnóstico de las afecciones;
- no son más invasivos o restrictivos que lo necesario para ofrecer un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficiencia;
- no son experimentales ni están en etapa de investigación;
- no se brindan para conveniencia del afiliado o el proveedor. Para los servicios de salud del comportamiento, los servicios médicamente necesarios tienen las siguientes características:
- son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar un trastorno de salud mental o dependencia de sustancias químicas, o para mejorar, mantener o evitar el deterioro del estado del paciente como resultado de ese trastorno;
- cumplen con las pautas clínicas aceptadas por los profesionales y los estándares de atención de salud del comportamiento;
- se brindan en el entorno más adecuado y menos restrictivo posible en el que se puedan brindar de forma segura;
- representan el nivel más adecuado o el servicio más adecuado que pueda brindarse en forma segura;

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- no pueden omitirse sin perjudicar la salud mental o física del afiliado, o la calidad de la atención brindada;
- no son experimentales ni están en etapa de investigación;
- no se brindan para conveniencia del afiliado o el proveedor.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Plan Medicare Advantage: un programa de Medicare, también llamado “Medicare Parte C” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Persona inscrita en Medicare y Medicaid: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare y Medicaid también se denomina “individuo con doble elegibilidad”.

Plan de Medicare-Medicaid (por sus siglas en inglés, MMP): un plan de Medicare-Medicaid es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de servicios para ayudarlo a coordinar todos los servicios y proveedores. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Medicare Parte A: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar y cuidado de enfermos terminales médicamente necesarios.

Medicare Parte B: el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte C: el programa de Medicare que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D: el programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo denominamos “Parte D”). La Parte D cubre medicamentos que requieren receta médica, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, ni por Medicaid. Superior STAR+PLUS MMP incluye Medicare Parte D.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Medicamentos de Medicare Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan): una persona que tiene Medicare y Medicaid, que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y por el estado.

Manual del Afiliado y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos o cláusulas adicionales que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como afiliado a nuestro plan.

Departamento de Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, página 14, para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Farmacia de la red: una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobrarles un monto adicional a nuestros afiliados.
- Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Casa de reposo o centro de enfermería: un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital.

Defensoría: una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. Los servicios de defensoría son gratuitos. Puede obtener más información acerca de la defensoría en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9, página 165, explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Medicare Original (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare):

Medicare Original es ofrecido por el gobierno. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagándoles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Medicare Original está compuesto de dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no acordó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro que no está empleado ni es administrado por nuestro plan, así como tampoco es propiedad de este y no tiene contrato para prestar servicios a los afiliados a nuestro plan.

El Capítulo 3, página 29, ofrece información sobre los proveedores o centros fuera de la red.

Medicamentos de venta libre: todo medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica emitida por un profesional de la salud.

Parte A: consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Información médica personal (también llamada información médica protegida, por sus siglas en inglés, PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Superior STAR+PLUS MMP para obtener más información sobre cómo Superior STAR+PLUS MMP protege, utiliza y divulga su PHI y sus derechos en relación con su PHI.

Plan de atención: un plan de atención centrado en la persona define qué servicios de atención de salud recibirá y cómo los recibirá. El coordinador de servicios desarrollará el plan con usted, su familia, si corresponde, y sus proveedores. El plan de atención incluirá sus antecedentes de salud; un resumen de sus necesidades médicas y sociales actuales y a corto y largo plazo, así como inquietudes y metas; y una lista de los servicios requeridos, su frecuencia y una descripción de quién ofrecerá esos servicios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud.

- Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el Capítulo 3, página 29, para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: una aprobación de Superior STAR+PLUS MMP que debe obtener antes de recibir un servicio o un medicamento específicos, o de consultar a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación, es posible que Superior STAR+PLUS MMP no cubra los servicios.

Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están descritos en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, en la página 53.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una autorización previa de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Prótesis y aparatos ortóticos: son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por sus siglas en inglés, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, página 14, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica.

Remisión: remisión quiere decir que su proveedor de atención primaria debe otorgarle una aprobación antes de que usted consulte a otro proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación, es posible que Superior STAR+PLUS MMP no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Puede obtener más información acerca de las remisiones en el Capítulo 3 y acerca de los servicios que necesitan remisiones en el Capítulo 4.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4, página 53, para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: el área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si la afiliación es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio se pueden inscribir en Superior STAR+PLUS MMP.

Equipo de coordinación de servicios: un equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita. Su equipo de coordinación de servicios también lo ayudará a crear un plan de atención.

Coordinador de servicios: es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF): un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada: la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que pueden ser proporcionados por médicos o enfermeros registrados.

Especialista: un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Agencia de Medicaid de su estado: la Comisión de Salud y Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, HHSC) de Texas es la única agencia estatal responsable de operar y, en algunos casos, supervisar el programa de Medicaid del estado.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que exige que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI): un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Atención requerida de urgencia: la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede recibir atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda comunicarse con ellos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



ENGLISH: Language assistance services, auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge. To obtain this, call 1-866-896-1844 (TTY: 711).

SPANISH: Tiene a su disposición sin costo alguno servicios de ayuda con el idioma, servicios y dispositivos auxiliares, y otros formatos alternativos. Para obtenerlos, llame al 1-866-896-1844 (TTY: 711).

SPANISH: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-896-1844 (TTY: 711).

VIETNAMESE: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-896-1844 (TTY: 711).

CHINESE: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-896-1844 (TTY: 711)。

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-896-1844 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ARABIC: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-896-1844 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

URDU: خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-896-1844 (TTY: 711).

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-896-1844 (TTY: 711).

FRENCH: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-896-1844 (ATS : 711).

HINDI: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-896-1844 (TTY : 711) पर कॉल करें।

**PERSIAN/
FARSI:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-896-1844 (TTY : 711) تماس بگیرید.

GERMAN: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-896-1844 (TTY: 711).

GUJARATI:	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-896-1844 (TTY: 711).
RUSSIAN:	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-896-1844 (телетайп: 711).
JAPANESE:	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-896-1844 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
LAOTIAN:	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄ່າມິພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-896-1844 (TTY: 711).

Departamento de Servicios al Afiliado de Superior STAR+PLUS MMP

<p>POR TELÉFONO</p>	<p>1-866-896-1844</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan español.</p>
<p>TTY</p>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
<p>POR FAX</p>	<p>1-866-918-4447</p>
<p>POR CORREO</p>	<p>Superior STAR+PLUS MMP Attn: MMP Member Services, Forum II Building, 7990 IH 10 West, Suite 300, San Antonio, TX 78230</p>
<p>POR CORREO ELECTRÓNICO</p>	<p>SHPMSCONTACTUS@SuperiorHealthPlan.com</p>
<p>SITIO WEB</p>	<p>mmp.SuperiorHealthPlan.com</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.





**superior
healthplan**TM

Forum II Building
7990 IH 10 West, Suite 300
San Antonio, TX 78230

POR TELÉFONO: 1-866-896-1844 (TTY: 711)

El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., lunes a viernes. Después de horas hábiles, los fines de semana y los días festivos, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil.

SITIO WEB: mmp.SuperiorHealthPlan.com