

2025



Manual para Afiliados

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

1 de enero – 31 de diciembre 2025

H6870_001_2025_TX_EOC_MMP_156053S



superior
healthplan™

TEXAS
Medicare  Medicaid
PLAN
Su Plan de Salud ★ Su Opción

 TEXAS
Health and Human
Services

***Manual del Miembro* de Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP)**

Desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025

Su cobertura médica y de medicamentos con Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP)

Introducción del Manual del Miembro

En este manual, se detalla su cobertura conforme a Superior STAR+PLUS MMP hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios de atención de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados, y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). Los LTSS le permiten quedarse en su casa en vez de ir a un hospital o a un centro de convalecencia. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.

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

TX5CNCEOC60804S_0001

H6870-001

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-866-896-1844 (TTY: 711). Hours are 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. Someone that speaks English/Language can help you. This is a free service.

Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

我們提供免費的口譯服務，為您解答您對我們的健康或藥物計劃可能存有的疑問。要獲得口譯員，致電 1-866-896-1844 (TTY: 711) 联系我们即可。我们的工作時間：周一至周五早上 8 点至晚上 8 点。非工作时间、周末和节假日请留言。我们将在下一个工作日内给您回电。会讲中文（普通话）的人员可以为您提供帮助。这项服务免费。

我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 1-866-896-1844 (TTY : 711)。服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，可能會要求您留言。我們將在下一個工作日內回電給您。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

May mga libre kaming serbisyo sa pagsasalin para sagutin ang anumang posibleng tanong ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para makakuha ng tagasalin, tawagan lang kami sa 1-866-896-1844 (TTY: 711). Ang mga oras ay 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Sa mga oras na tapos na ang trabaho, kapag Sabado at Linggo, at tuwing mga holiday, posibleng hilingin sa inyo na mag-iwan ng mensahe. Tatawagan kayo sa susunod na araw na may pasok. May nagsasalita ng Tagalog na makakatulong sa inyo. Isa itong libreng serbisyo.

Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous vous posez sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, il vous suffit de nous appeler au 1-866-896-1844 (TTY : 711). Les heures d'ouverture sont de 8 heures à 20

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



heures, du lundi au vendredi. En dehors des heures d'ouverture, les week-ends et les jours fériés, il peut vous être demandé de laisser un message. Vous serez rappelé le jour ouvrable suivant. Une personne parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi quý vị có thể có về chương trình sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để được hỗ trợ thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-866-896-1844 (TTY: 711). Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m., từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể được yêu cầu để lại tin nhắn. Chúng tôi sẽ trả lời cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Nhân viên nói tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Um einen Dolmetscher in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: 1-866-896-1844 (TTY: 711). Wir sind montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr erreichbar. An Wochenenden und an Feiertagen werden Sie möglicherweise aufgefordert, eine Nachricht zu hinterlassen. Wir rufen Sie am nächsten Werktag zurück. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 1-866-896-1844(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 월요일부터 금요일까지 오전 8시~오후 8시에 문의하십시오. 주말 및 주 또는 연방 공휴일에는 메시지를 남길 것을 요청할 수 있습니다. 그러면 다음 영업일에 전화드리겠습니다. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру 1-866-896-1844 (TTY: 711). Часы работы: с 8 а.м. до 8 р.м., с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вас могут попросить оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-866-896-1844 (TTY: 711). من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً. قد يُطلب منك ترك رسالة في عطلة نهاية الأسبوع وفي أيام الإجازات الرسمية وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية وهذه الخدمة مجانية.

Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero 1-866-896-1844 (TTY: 711) dalle 8:00 alle 20:00, dal lunedì al venerdì. Al di fuori di questi orari, nei fine settimana e nei giorni festivi potrebbe essere necessario lasciare un messaggio. La ricontatteremo entro il giorno lavorativo successivo. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-896-1844 (TTY: 711). O horário é de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Se ligar fora deste horário, num fim de semana ou num feriado, poderá ter de deixar mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Nou gen sèvis tradiksyon nan bouch gratis pou reponn nenpòt kesyon ou gendwa vle poze konsènan sante w ak plan medikaman w lan. Pou jwenn yon entèprèt pou tradui pou w, annik rele nou nan 1-866-896-1844 (TTY: 711). Orè a se Lendi pou Vandredi, 8 a.m. jiska 8 p.m. Lè biwo yo fèmen, nan wikenn epi pandan jou ferye yo, yo gendwa mande w pou w kite yon mesaj. Y ap rele w nan landemen si biwo yo louvri. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen pral ede w. Sèvis sa a gratis.

Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-866-896-1844 (TTY: 711) od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00. W weekendy i święta konieczne może być pozostawienie wiadomości. Oddzwonimy w następnym dniu roboczym. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-866-896-1844 (TTY: 711) पर कॉल करें। कार्य का समय सोमवार से शुक्रवार सुबह 8 बजे से लेकर रात 8 बजे तक है। कार्य समय के अलावा, सप्ताहांत और रोज्य या संघीय अवकाशों पर, आपसे संदेश छोड़ने के लिए कहा जा सकता है। आपके कॉल का जवाब अगले व्यावसायिक दिन के अंदर दिया जाएगा। हिंदी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-866-896-1844 (TTY : 711) にお電話ください。対応時間は月曜日～金曜日の午前8時～午後8時です。対応時間後、または週末および祝日はボイスメッセージを残してください。次の対応時間内に折り返しお電話いたします。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

ہمارے صحت یا دوائی پلان کے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے، ہم مفت ترجمان کی سروسز فراہم کرتے ہیں۔ ترجمان کی خدمت حاصل کرنے کے لیے ہمیں بس 1-866-896-1844 (TTY: 711) پر کال کریں۔ رابطہ کرنے کے اوقات صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، پیر تا جمعہ ہیں۔ ان اوقات کے علاوہ، ویکینڈ اور تعطیلات پر، آپ کو پیغام بھیجنے کے لیے کہا جا سکتا ہے۔ آپ کے کال کا جواب اگلے کاروباری دن میں دیا جائے گا۔ اردو میں بات کرنے والا شخص آپ کی مدد کرے گا/ کرے گی۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

برای پاسخگویی به هرگونه سوالی که ممکن است درباره طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای دریافت خدمات مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-866-896-1844 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. ساعات کاری از 8 صبح تا 8 شب طی روزهای دوشنبه تا جمعه است. پس از ساعات کاری، روزهای آخر هفته، و طی تعطیلات رسمی ممکن است از شما خواسته شود که پیام بگذارید. در اولین روز کاری پس از تعطیلات با شما تماس خواهیم گرفت. فردی که به زبان فارسی صحبت می‌کند شما را راهنمایی خواهد کرد. این خدمات رایگان است.

अमारा हेल्थ अथवा ड्रग प्लान विशे तमने होई शके तेवा कोई परा प्रश्नोना जवाब आपवा माटे अमारी पासे मइत दुभाषियानी सेवाओ रहेली छे. दुभाषियो मेणववा माटे, बस अमने 1-866-896-1844 (TTY: 711) पर कॉल करे. कॉल करवानो समय, सोमवारथी शुक्रवार सुधी, सवारे 8 वाज्याथी रात्रे 8 वाज्या सुधीनो छे. आ पछीना समय पर, शनि-रविअे अने रजाओ पर, तमने मेसेज आपी राखवा माटे कहेवामां आवी शके छे. तमारा कॉल पर वणतो कॉल कामकाजना आगला दिवसनी अंदर करवामां आवशे. गुजराती बोलती कोई व्यक्ति तमारी मदद करी शके छे. आ अेक मइत सेवा छे.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



ພວກເຮົາມີບໍລິການນາຍແປພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຂອງທ່ານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາ. ເພື່ອຂໍນາຍແປພາສາ ກະລຸນາໃຫ້ເບີ 1-866-896-1844 (TTY: 711). ໂມງລັດຖະການແມ່ນ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ. ຫຼັງຈາກໂມງລັດຖະການໃນວັນເສົາອາທິດ ແລະ ໃນວັນພັກ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຜາກຂໍຄວາມໄວ້. ສາຍຂອງທ່ານຈະຖືກໂທກັບພາຍໃນມື້ລັດຖະການມື້ ຕໍ່ໄປ. ທີ່ມງານທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາລາວໄດ້ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ບໍລິການນີ້ບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Esta información está disponible sin costo en español.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Superior STAR+PLUS MMP quiere asegurarse de que usted comprende la información de su plan de salud. Podemos enviarle los materiales en otros idiomas que no sean inglés o en formatos alternativos si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Documentaremos su elección para correos y comunicaciones que se necesiten en el futuro.

Llámenos en los siguientes casos:

- Desea obtener sus materiales en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.
O bien
- Desea cambiar el idioma o el formato de los materiales que le enviamos.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Miembro de Superior STAR+PLUS MMP al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Manual del Miembro de Superior STAR+PLUS MMP 2025

Índice

Capítulo 1: Comenzar como miembro	9
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	21
Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos.....	39
Capítulo 4: Tabla de Beneficios	70
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan	146
Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medicaid de Texas	170
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos	178
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	184
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos).....	209
Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid	260
Capítulo 11: Avisos legales	267
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	272

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Descargo de responsabilidad

- ❖ Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Texas Medicaid para brindarles beneficios de ambos planes a los miembros.
- ❖ Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación alguna de tratar a los miembros de Superior STAR+PLUS MMP, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Manual del Miembro* para obtener más información, incluida la distribución de costos 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”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), 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 HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Capítulo 1: Comenzar como miembro

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 membresía en el 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 orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Bienvenido a Superior STAR+PLUS MMP	11
B. Información sobre Medicare y Texas Medicaid	11
B1. Medicare	11
B2. Medicaid de Texas	11
C. Ventajas de este plan	12
D. Área de servicios de Superior STAR+PLUS MMP	13
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan	13
F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez	14
G. Plan de Atención.....	14
H. Prima mensual del plan Superior STAR+PLUS MMP	15
I. <i>Manual del Miembro</i>	15
J. Otra información importante que le enviaremos.....	16
J1. Tarjeta de identificación de miembro de Superior STAR+PLUS MMP	16
J2. <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i>	16
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	18

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



J4. <i>Explicación de Beneficios</i>	19
K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía	19
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)	20

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 equipo para brindarle la atención que necesita.

Superior STAR+PLUS MMP fue aprobado por el estado de Texas y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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 Texas Medicaid

B1. Medicare

Medicare es un programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con discapacidades, **y**
- personas con insuficiencia renal (enfermedad del riñón) en etapa terminal.

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 adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

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

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién califica;

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- qué servicios están cubiertos; **y**
- el costo de los servicios.

El estado puede decidir cómo ejecutar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

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:

- Es elegible para participar en el Proyecto de Demostración de Asistencia Integral para Personas con Elegibilidad Doble de Texas;
- Ofrecemos el plan en su condado, **y**
- 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. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podrá trabajar con **un** plan médico para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un equipo de coordinación de servicios que usted ayudó a armar. 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- 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. Esto significa, por ejemplo:
 - 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.
 - Se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicios de Superior STAR+PLUS MMP

Nuestra área de servicios incluye estos condados en Texas: Dallas e Hidalgo.

Solo las personas que vivan en uno de estos condados de nuestra área de servicios se pueden inscribir en Superior STAR+PLUS MMP.

Si se traslada fuera del área de servicio, no puede permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección I, para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicios.

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Reúne los requisitos para nuestro plan siempre y cuando:

- tiene 21 años o más; **y**
- usted vive en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que viven en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella); **y**
- cuente con Medicare Part A y Medicare Part B; **y**
- sea ciudadano estadounidense o presente legalmente en los Estados Unidos; **y**
- sea elegible para Medicaid de Texas y reúne, **por lo menos, una** de estas condiciones:
 - tiene una incapacidad física o mental y reúne los requisitos para el ingreso suplementario del Seguro Social (SSI); **o**

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- califica para Medicaid de Texas porque recibe los servicios de exención para servicios comunitarios y en el hogar (por sus siglas en inglés, HCS); y
- NO está inscrito en uno de los siguientes programas de exención 1915(c):
 - Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS).
 - Programa para sordos y ciegos con discapacidades múltiples (Deaf Blind with Multiple Disabilities Program, DBMD).
 - Servicios comunitarios y en el hogar (HCS).
 - Programa de Texas para Vivir en Casa (Texas Home Living Program, TxHmL).

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

Cuando se una por primera vez al plan, obtendrá una evaluación de riesgos de salud dentro de los primeros 90 días.

La evaluación integral examinará 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.

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

Después de 90 días para la mayoría de los servicios, pero 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 consultar 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, para obtener más información sobre cómo recibir atención.

G. Plan de Atención

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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; y
- 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 Miembro*

Este *Manual del Miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Ello significa que deben acatarse todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que van en contra de estas normas, usted puede apelar o impugnar nuestra medida. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección D, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para solicitar un *Manual del Miembro*, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede consultar el *Manual del Miembro* en mmp.superiorhealthplan.com/benefits/member-handbook.html 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 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



J. Otra información importante que le enviaremos

Ya debería haber recibido una tarjeta de ID de miembro de Superior STAR+PLUS MMP, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias* y una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

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

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para los servicios de Medicare y Medicaid de Texas, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y las recetas médicas. Debe presentar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o recetas. He aquí una tarjeta de muestra para que vea cómo será la suya:



Si le roban, daña o extravía su tarjeta, llame de inmediato a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711) y le enviaremos una nueva. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Mientras sea miembro de 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. Mantenga esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite en el futuro. Si muestra la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de identificación de miembro a 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, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor. **La única excepción es que utilizará su tarjeta de Original Medicare si necesita atención para pacientes terminales.**

J2. Directorio de Farmacias y Proveedores

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de Superior STAR+PLUS MMP. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se hace miembro de nuestro plan por primera vez (consulte la Sección F).

Para pedir un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en forma digital o en copia impresa), llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Las solicitudes de copias impresas de los Directorios de farmacias y proveedores se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en mmp.superiorhealthplan.com/benefits/find-a-doctor-or-pharmacy.html o descargarlo desde este sitio web.

El Directorio de Proveedores y Farmacias 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 de Proveedores y Farmacias*, 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:

- Datos demográficos del proveedor;
- 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 Miembro 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 a Servicios al Miembro. Si quiere que le envíen por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede llamar a Servicios al Miembro, solicitar uno en el enlace del sitio web que se proporcionó anteriormente 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 atención de salud a los que puede acudir

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



como miembro de nuestro plan;

- clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrezcan servicios médicos en nuestro plan; **y**
- agencias de atención de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros que ofrecen artículos y servicios que se obtienen a través de Medicare o Texas Medicaid.

Los proveedores de la red han aceptado recibir el pago completo desde nuestro plan por los servicios cubiertos.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han acordado abastecer recetas a los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711) para obtener más información. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web de Superior STAR+PLUS MMP pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestras farmacias y proveedores 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.

La *Lista de Medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones sobre cualquier medicamento, como un límite sobre la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, para obtener más información sobre estas normas 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/prescription-drug-part-d/formulary.html o llame al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



siguiente día hábil.

J4. Explicación de Beneficios

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

La EOB le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, han gastado en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada medicamento recetado de la Parte D durante el mes. En la EOB, hay más información sobre los medicamentos que toma. En el Capítulo 6, Sección A, se brinda más información sobre la EOB y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede obtener una EOB cuando la solicite. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al Miembro.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

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

Los proveedores y farmacias de la red incluidos en el plan deben contar con la información correcta acerca de usted **ya que utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán**. Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener nuestra información actualizada.

Comuníquenos lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o su pareja de hecho, o la compensación del trabajador;
- si tiene alguna reclamación por responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico;
- la admisión en un hospital o un centro de convalecencia;
- si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted);
- si participa o comienza a participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia algún dato, infórmenos llamando a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información que aparece en su registro de membresía puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Si quiere obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Miembro de Superior STAR+PLUS MMP	23
A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro.....	24
B. Cómo comunicarse con el coordinador de servicios	27
B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de servicios	27
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras	29
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras	29
D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis por Abuso de Sustancias y Salud del Comportamiento.....	30
D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis por Abuso de Sustancias y Salud del Comportamiento	30
E. Cómo comunicarse con la línea de servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT) y “Where’s My Ride?” Línea.....	31
E1. Cuándo comunicarse con la línea de servicios de NEMT.....	32
E2. Cuándo comunicarse con “Where’s My Ride?” Línea	32
F. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP).....	33
F1. Cuándo comunicarse con el HICAP	33

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



G. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 34

 G1. Cuándo comunicarse con Acentra Health 34

H. Cómo comunicarse con Medicare..... 35

I. Cómo comunicarse con Medicaid de Texas..... 36

J. Cómo comunicarse con la Oficina de la Defensoría de la HHSC 37

K. Cómo comunicarse con la Defensoría de Atención a Largo Plazo de Texas 38

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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

LLAME	<p>1-866-896-1844. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Para obtener ayuda con una necesidad 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 y Abuso de Sustancias al 1-866-896-1844., las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</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 (PCP) dentro de las 24 horas o lo antes posible.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas 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 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR FAX	<p>1-866-918-4447</p>
POR CORREO	<p>Superior STAR+PLUS MMP</p> <p>Attn: MMP Member Services</p> <p>1575 N. Resler Drive</p> <p>El Paso, TX 79912</p>
POR CORREO ELECTRÓNICO	<p>SHPMSCONTACTUS@SuperiorHealthPlan.com</p>
SITIO WEB	<p>mmp.SuperiorHealthPlan.com</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro

- preguntas acerca del plan
- preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de ID de miembro
- cuando desee hablar sobre las decisiones de cobertura relacionadas con su atención de salud
 - Una decisión de cobertura sobre su atención de salud puede relacionarse con los siguientes aspectos:
 - sus beneficios y servicios cubiertos; o
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Comuníquese con nosotros si tiene preguntas acerca de una decisión de cobertura relacionada con su atención de salud.
 - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- apelaciones relacionadas con su atención de salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos acerca de su cobertura y de solicitarnos que la cambiemos si considera que cometimos un error.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- reclamos relacionados con su atención de salud
 - Puede presentar un reclamo 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 hacer un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección G más abajo).
 - Si el reclamo es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención de salud, puede presentar una apelación (consulte la Sección A1 anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Superior STAR+PLUS MMP directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar asistencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con la atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos puede relacionarse con los siguientes aspectos:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, ○
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D y a los medicamentos recetados y de venta libre de Medicaid.
 - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F4.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos Parte D". Hay algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre y 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 solicitar una apelación llamándonos al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviar la apelación por fax al 1-866-388-1766. Si quiere realizar la apelación por escrito, envíela a la dirección que figura a continuación.

Superior STAR+PLUS MMP
Medicare Part D Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383

Para presentar una apelación por un medicamento de Texas Medicaid, llámenos al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviar la apelación por fax al 1-866-918-2266. Si quiere realizar la apelación por escrito, envíela a la dirección que figura a continuación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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

- Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F5.
- reclamos relacionados con sus medicamentos
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier farmacia, Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos recetados.
 - Si su reclamo se trata de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, usted puede presentar una apelación (Consulte la Sección A1 anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Superior STAR+PLUS MMP directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar asistencia.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- pago por atención de salud o medicamentos que usted ya pagó
 - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A.
 - Si solicita que paguemos una factura y nosotros rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección E5.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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:

LLAME	<p>1-855-772-7075. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas 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 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR FAX	1-855-277-5700
POR CORREO	<p>Superior STAR+PLUS MMP</p> <p>Attn: MMP Service Coordination</p> <p>3900 N 10th St., Suite 700</p> <p>McAllen, TX 78501</p>
SITIO WEB	mmp.SuperiorHealthPlan.com

B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de servicios

- preguntas sobre su atención de salud
- preguntas sobre cómo recibir servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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

Los miembros 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.

En ocasiones, puede obtener ayuda con sus necesidades de atención de salud y de la vida diaria. Es posible que pueda acceder a los siguientes servicios:

- atención de enfermería especializada;
- terapia física
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales médicos.
- cuidados médicos domiciliarios;
- Servicios de Salud y Actividades Diurnas (DAHS)

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 miembros a Superior STAR+PLUS MMP, pero no debe sustituir la visita al proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP). En la Línea de Consultas con Enfermeras, obtendrá orientación sobre preguntas relacionadas con la atención de salud e información sobre las opciones de tratamiento y los recursos disponibles. Las llamadas a la Línea de Consultas con Enfermeras son gratuitas.

LLAME	<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>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas 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 su atención de salud

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 miembros que necesitan hablar urgentemente con un médico 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 o a la sala de emergencias que esté más cerca.

LLAME	<p>1-866-896-1844. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis por Abuso de Sustancias y Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Pulse “#” cuando se conteste la llamada. Un miembro del personal capacitado atenderá su llamada.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis por Abuso de Sustancias y 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 por consumo de sustancias

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



E. Cómo comunicarse con la línea de servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT) y “Where’s My Ride?” Línea

Con el Programa de Transporte Médico de Superior, los miembros que no tienen otras opciones de transporte pueden acudir a las citas de atención médica que no son de emergencia. SafeRide proporciona servicios de transporte para los miembros de Superior STAR+PLUS MMP.

Recuerde programar los viajes lo antes posible y **al menos dos días hábiles antes de que lo necesite.**

LLAME	<p>Citas de SafeRide (línea de servicios de NEMT)</p> <p>1-855-932-2318. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora central.</p> <p>La línea de servicios de NEMT puede ayudarle con preguntas y ayuda para programar traslados a citas médicas que no sean de emergencia</p> <p>Where’s My Ride? de SafeRide</p> <p>1-855-932-2319. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a sábados, de 4 a.m. a 8 p.m., hora central.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p> <p>La línea Where's My Ride puede ayudarle con preguntas sobre el estado de su traslado programado.</p>
--------------	---

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Citas de SafeRide (línea de servicios de NEMT)</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora central.</p> <p>Where's My Ride? de SafeRide</p> <p>El horario de atención es de lunes a sábados, de 4 a.m. a 8 p.m., hora central.</p>
------------	--

E1. Cuándo comunicarse con la línea de servicios de NEMT

- preguntas y ayuda para programar los traslados a las citas médicas que no sean de emergencia

E2. Cuándo comunicarse con “Where’s My Ride?” Línea

- preguntas sobre el estado de su viaje programado

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



F. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP)

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 (HICAP) de Texas.

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

LLAME	1-800-252-9240
TTY	711 Este número es para las personas con problemas 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) 701 West 51st Street, MC: W275 Austin TX 78751
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

F1. 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 plan,
 - hacer reclamos sobre su atención o tratamiento de salud, **y**
 - resolver problemas con sus facturas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



G. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Acentra Health, la organización para el mejoramiento de la calidad de Texas. Esta organización está constituida por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health no está relacionada con nuestro plan.

LLAME	1-888-315-0636.
TTY	711 Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

G1. Cuándo comunicarse con Acentra Health

- preguntas sobre su atención de salud
 - Puede hacer un reclamo sobre la atención que recibió en los siguientes casos:
 - si está disconforme con la calidad de la atención,
 - si considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, ○
 - si considera que su atención de salud en el hogar, su atención en centros de enfermería especializada o los servicios que recibe en centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



H. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS.

LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. Aquí también se incluye información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de atención de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros para enfermos terminales. Se incluyen sitios web, números de teléfono útiles y folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, la biblioteca local o el centro de mayores pueden prestarle una computadora para ayudarlo a visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesita. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



I. 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 los costos médicos.

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

LLAME	1-800-252-8263 o 2-1-1
TTY	1-800-735-2989 o 7-1-1
POR CORREO	Texas Health and Human Services PO Box 149024 Austin, Texas 78714-9024
SITIO WEB	yourtexasbenefits.com/Learn/Home

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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

La Oficina de la Defensoría de la Comisión de Salud y Servicios Humanos actúa como defensor en su nombre. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué 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.

LLAME	1-866-566-8989
TTY	1-800-735-2989. Este número es para las personas con problemas 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 PO Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



K. 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 los centros de convalecencia y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a solucionar problemas en estos ambientes, así como a los residentes y a sus familias.

LLAME	1-800-252-2412.
TTY	711 o 1-800-735-2989 Este número es para las personas con problemas 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	apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	42
B. Reglas para obtener atención de salud, atención de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	42
C. Información sobre el coordinador de servicios	44
C1. Qué es un coordinador de servicios	44
C2. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios	45
C3. Cómo cambiar su coordinador de servicios.....	45
C4. Qué puede hacer el coordinador de servicios por usted.....	45
D. Atención de proveedores de atención primaria, médicos especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan de salud.....	46
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	46
D2. Atención de médicos especialistas y otros proveedores de la red.....	49
D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan.....	50

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com**



D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	51
D5. Cómo cambiar de plan de salud.....	52
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).....	52
F. Cómo obtener servicios para necesidades de cuidado de salud especiales	55
G. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento	55
H. Cómo obtener atención dirigida por el paciente	57
H1. Qué es la atención dirigida por el paciente.....	57
H2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente.....	57
H3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de cuidado personal	57
I. Cómo obtener servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT)	57
I1. Cuáles son los servicios de NEMT	57
I2. Qué servicios están incluidos.....	58
I3. Cómo programar los servicios de NEMT.....	58
J. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre.....	59
J1. Atención si tiene una emergencia médica	59
J2. Atención urgentemente necesaria.....	61
J3. Atención en caso de desastre	62
K. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan	63
K1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios	63
L. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica	64
L1. Definición de estudio de investigación clínica	64

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



L2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	64
L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	65
M. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud	65
M1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud	65
M2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud	65
N. Equipo médico duradero (DME).....	66
N1. Equipo médico duradero para el miembro de nuestro plan	66
N2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	67
N3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	68
N4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage.....	68

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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, los servicios de salud del comportamiento, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención de salud y los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos se indican en la Tabla de beneficios, en el Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares donde se ofrecen servicios de atención de salud, equipos médicos y servicios, y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le proporcionan a usted. Cuando recurre a un proveedor de la red, en general no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener atención de salud, atención de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) 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. Los siguientes cuidados de salud están cubiertos por nuestro plan:

- Los cuidados que recibe deben ser **beneficios del plan**. Esto significa que deben estar incluidos en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D, de este manual).
- Los cuidados deben ser **médicamente necesarios**. Médicamente necesario significa que algo es razonable y necesario para prevenir o tratar enfermedades, condiciones de salud o incapacidades. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.
- Usted debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



indicado la atención o que le haya indicado consultar a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir 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 denomina **remisión del médico**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Superior STAR+PLUS MMP no cubra los servicios. No necesita una remisión del médico para acudir a determinados médicos especialistas, como un médico especialista en salud de la mujer. Si quiere obtener más información sobre las remisiones del médico, consulte la Sección D1.
- Usted no necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o urgentemente necesaria ni para acudir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin una remisión del médico de su PCP. Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte la Sección D1.
- Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la Sección D1.
- **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 comunicará con usted para ayudarlo a buscar proveedores de nuestra red. Después de los 90 días, ya no cubriremos su atención si continúa consultando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir cuidado de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá el cuidado de los proveedores que no trabajan con el plan de salud. Estos son algunos casos donde esta regla no se aplica:
 - El plan cubre atención de emergencia o atención de urgencia necesaria obtenida de un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o atención médica urgentemente necesaria, consulte la Sección I.
 - Si necesita cuidados cubiertos por nuestro plan, pero nuestros proveedores de la red no pueden dárselos, puede obtenerlos de un proveedor fuera de la red. Se requiere una autorización previa del plan para los servicios fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo alguno. Si quiere información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicios del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no puede acceder a él durante un breve período de tiempo. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare. Los costos compartidos que paga por diálisis nunca pueden exceder los costos compartidos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicios del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si no puede acceder temporalmente a su proveedor de diálisis habitual de la red y usted elige obtener servicios dentro del área de servicios de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos de la diálisis pueden ser mayores.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir consultando 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 de 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 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida 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 la 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

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



El coordinador 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 miembros.

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 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida 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 solicitarlo llamando al 1-855-772-7075 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. 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.
- Atención de salud en el hogar a corto plazo para brindar un descanso a los cuidadores.
- Recursos comunitarios de alojamiento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



D. Atención de proveedores de atención primaria, médicos 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 (PCP) para que le brinde y administre 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. Como explicamos a continuación, obtendrá su atención básica o de rutina de su PCP.

Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes proveedores o, en determinadas circunstancias, como un embarazo, puede ser incluso un médico especialista:

- Medicina familiar
- Medicina interna
- Medicina general
- Obstetra (OB, por sus siglas en inglés) o ginecólogo (GYN, por sus siglas en inglés)
- Medicina geriátrica
- Pediatras
- Personal de enfermería con práctica médica certificado (CNP) o asistente médico (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 recibe como miembro del plan. Si es necesario, el PCP lo remitirá a otros médicos (médicos especialistas) o indicará que lo admitan en el hospital.

- El PCP determina qué especialistas y hospitales lo atenderán porque están asociados con ciertos médicos especialistas y hospitales de nuestra red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- 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 miembro de nuestro plan. Esto incluye:
 - radiografía;
 - pruebas de laboratorio;
 - terapias;
 - atención de médicos que son especialistas;
 - admisión en un hospital, y
 - 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 médico especialista deberá solicitarnos una autorización previa (aprobación previa).

Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP todos sus expedientes médicos anteriores. En el Capítulo 8, Sección D, se explica cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y su información de salud 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. Su PCP es responsable de coordinar toda la atención médica y de recurrir a otros médicos 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 miembro de 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 Proveedores y Farmacias*. Revise nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores* o llame a Servicios al Miembro para elegir su PCP. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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 a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida 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 vigencia el primer día del mes siguiente. Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar con la atención después de salir de 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 acudir a otros proveedores. Esta aprobación se denomina remisión del médico. Puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores externos a la red.
- Atención de urgencia de proveedores de la red.
- Atención médica urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan).

NOTA: Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicios del plan. (Llame a Servicios al Miembro antes de dejar el área de servicios. Podemos ayudarlo a recibir servicios de diálisis cuando está lejos).
- Vacunas contra la gripe y la COVID-19.
- Atención de salud de rutina para la mujer y servicios de planificación familiar de médicos especialistas en salud para la mujer, como obstetras y ginecólogos y enfermeras parteras certificadas. Esto incluye examen de mamas, mamografías de detección (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Además, si reúne los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede acudir a estos proveedores sin una remisión del médico.

D2. Atención de médicos especialistas y otros proveedores de la red

Un médico especialista es un médico que ofrece servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. He aquí algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas son médicos que brindan cuidado a pacientes con ciertos problemas óseos, articulares o musculares.

Es muy importante hablar con su PCP antes de ver a un médico 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 médico especialista. Si un médico especialista considera que usted necesita servicios especializados adicionales, solicitará autorización previa directamente a Superior STAR+PLUS MMP. Si quiere obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de beneficios que comienza en la Sección D del Capítulo 4 de este manual.

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

Consulte la sección anterior, “Cómo cambiar de PCP”, en la que 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.

Usted tiene derecho a una segunda opinión por parte de un proveedor de Superior STAR+PLUS MMP si no está satisfecho con el plan de atención que le ofrece el médico especialista. Su PCP debería poder remitirle a una visita para obtener una segunda opinión. Si su médico quiere que

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



consulte a un especialista que no sea un proveedor de Superior STAR+PLUS MMP, nuestro plan deberá aprobar esa visita.

Superior STAR+PLUS MMP permitirá que los médicos especialistas se desempeñen como PCP en el caso de los miembros que tengan una necesidad de cuidado de salud especial. Superior STAR+PLUS MMP debe aprobar a los médicos especialistas antes de que puedan ser PCP. Informe a su médico especialista si quiere que sea su PCP. También puede llamar a Servicios para Miembros de Superior STAR+PLUS MMP al 1-866-896-1844 (TTY: 711) para pedir ayuda. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le informaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que disponga de tiempo para seleccionar uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si se ha atendido con ese proveedor dentro de los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor de la red calificado, quien continuará administrando sus necesidades de atención de salud.
- Si actualmente está llevando a cabo una terapia o tratamiento médico con su proveedor, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad de las terapias o tratamientos médicamente necesarios.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un médico especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le proporcione atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



satisfacer sus necesidades médicas. Excepto para la atención de emergencia o atención médica urgentemente necesaria, debe obtener nuestra autorización previa antes de recibir atención del proveedor fuera de la red para que los servicios estén cubiertos.

- 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. Consulte el Capítulo 9, Sección E, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si usted se entera de que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros a fin de que podamos ayudarlo a buscar un proveedor nuevo y a administrar su atención. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si recibe tratamiento con un proveedor que abandona la red, es importante que se comunique con Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711) para que Superior STAR+PLUS MMP se asegure de que reciba la atención que necesita. Si se cumplen ciertos criterios, es posible que tenga derecho a continuar su atención con su proveedor por un tiempo limitado después de que finalice el contrato del proveedor con Superior STAR+PLUS MMP.

El *Directorio de farmacias y proveedores* de Superior STAR+PLUS MMP es una lista de PCP, médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención de salud que están disponibles para usted. Puede encontrarlo en mmp.SuperiorHealthPlan.com. Simplemente haga clic en “Buscar un médico o farmacia”. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro.

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 estén 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 médico 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 médicos 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 médico especialista se encuentran

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



disponibles dentro de la red de su plan, la solicitud de servicios fuera de la red puede denegarse por tratarse de “servicios disponibles dentro de la red”. Al igual que con cualquier denegación, usted puede apelar la determinación.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, este deberá ser elegible para participar en Medicare o Texas Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o Medicaid de Texas.
- Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

D5. Cómo cambiar de plan de salud

Usted puede cambiar su plan de salud. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección A. 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 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, al 1-800-252-9240. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame a Medicare al número 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.

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

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 un centro de convalecencia o en un hospital. No necesita una remisión de un médico para estos servicios.

Los LTSS se encuentran disponibles para los miembros con condiciones médicas calificadas o para aquellos que participan en determinados programas de exención a través de los servicios de

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



exención basados en el hogar y la comunidad (HCS) de STAR+PLUS, que son administrados por Texas Medicaid. El Programa de Exención HCS incluye LTSS, como los siguientes:

- Tutela temporal para adultos
- Residencia asistida
- Tratamientos de rehabilitación cognitiva
- Respuesta de emergencia
- Atención de relevo

Los miembros 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 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Cuando reciba cualquier tipo de atención, incluidos los LTSS, tenga en cuenta lo siguiente:

Cómo denunciar casos de maltrato, abandono o explotación (ANE)

Conozca sus derechos

Usted confía en que su médico, cuidador o persona allegada lo cuidará. 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. Esto le permitirá sentirse seguro y recibir la atención que necesita.

¿Qué es el maltrato?

El abuso ocurre cuando alguien le ocasiona a usted alguna 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



¿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 (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 (DFPS)

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 incapacidad y recibe servicios de los siguientes prestadores:
 - HCSSA (las denuncias relacionadas con la 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.
- Es un adulto con incapacidad o un niño que reside en uno de los siguientes proveedores o sus contratistas, o recibe sus servicios:
 - Autoridad local de incapacidad intelectual y del desarrollo (LIDDA), autoridad local de salud mental (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 Texas Medicaid para brindar servicios de salud del comportamiento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Una organización de atención administrada.
- Un funcionario, empleado, agente, contratista o subcontratista de cualquiera de las personas o entidades antes mencionadas.
- Un adulto con incapacidad 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 para necesidades de cuidado de salud especiales

Si tiene necesidades especiales de atención médica, como una enfermedad grave en curso, incapacidad o condiciones crónicas o complejas, puede hablar con su coordinador de servicios. Su coordinador de servicios puede ayudarlo con lo siguiente:

- Programar una cita con uno de nuestros médicos que atiende a pacientes con necesidades especiales.
- Ayudarlo a obtener los servicios y la atención que necesita.
- Presentar un plan de atención con la ayuda de usted y su médico.
- Seguir su progreso y asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Responder sus preguntas de atención médica.

No necesita una remisión de un médico para estos servicios. 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 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

G. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Recursos de salud mental materna

STAR+PLUS MMP comprende la importancia de la salud mental, especialmente durante y después del embarazo. Nos comprometemos a proporcionar a nuestros miembros acceso a los recursos y al apoyo que necesitan para un bienestar mental óptimo.

De conformidad con la legislación y la iniciativa de la Red de Salud Mental Materna (Maternal Mental Health Network, MMHN) de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) de Texas, STAR+PLUS MMP ha facilitado a los miembros la localización de proveedores que se especializan en servicios de salud mental materna.

Encontrar un proveedor

A partir de julio de 2024, los miembros pueden localizar proveedores que ofrecen servicios de salud mental materna utilizando la herramienta de búsqueda de proveedores de STAR+PLUS MMP en nuestro sitio web. Al usar la herramienta, los miembros pueden buscar proveedores que traten la depresión o ansiedad posparto a través de la función Modalities and Disorders Treated (Modalidades y trastornos tratados). Esta función limita los resultados de la búsqueda del miembro a proveedores que están capacitados para tratar condiciones de salud mental materna.

Examen y remisión del médico

Superior ha desarrollado políticas y procedimientos internos para identificar a los miembros que pueden tener una condición de salud mental materna. Si el resultado del examen de detección de una condición de salud mental materna es positivo, documentaremos el resultado y lo remitiremos para la confirmación del diagnóstico, el tratamiento y la atención de seguimiento necesaria.

Apoyo y asistencia

Si tiene alguna pregunta sobre cómo acceder a los servicios de salud mental materna o necesita ayuda para encontrar un proveedor, nuestro equipo de Servicios al Miembro puede ayudarlo. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede visitar nuestro sitio web en mmp.SuperiorHealthPlan.com.

Recuerde que la salud mental es igual de importante que la salud física. Nos comprometemos a brindarle apoyo durante y después de su embarazo.

Para obtener otros servicios de salud del comportamiento, comuníquese con su coordinador de servicios o su PCP.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



H. Cómo obtener atención dirigida por el paciente

H1. Qué es la atención dirigida por el paciente

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

H2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente

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

H3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de cuidado 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 cuidado 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.

I. Cómo obtener servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT)

I1. Cuáles son los servicios de NEMT

Los servicios de NEMT proporcionan transporte a citas de atención de salud que no son de emergencia, si usted no tiene otras opciones de transporte.

- Estos viajes incluyen transporte al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares en los que recibe servicios de atención de salud.
- Estos viajes **no** incluyen viajes en ambulancia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



12. Qué servicios están incluidos

Los servicios de NEMT incluyen lo siguiente:

- Pases o boletos para el transporte, como el tránsito público dentro de ciudades o estados y entre estos (incluido el transporte ferroviario o autobús).
- Servicios de transporte de aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte a demanda (puerta a puerta) en autobuses privados, furgonetas o sedanes (incluidos vehículos con acceso para silla de ruedas, si es necesario).
- Reembolso de millas para un participante en el transporte individual (por sus siglas en inglés, ITP) por un viaje completado verificado a un servicio de atención de salud cubierto. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Costos de transporte del asistente de NEMT, si lo necesita para que lo acompañe a su cita. Un asistente de NEMT es:
 - Un adulto que le brinda la movilidad necesaria, asistencia personal o del idioma durante el transporte. (Por ejemplo, esto puede incluir a un adulto que desempeña como su asistente personal).
 - Un animal de servicio que le proporciona la movilidad necesaria o la asistencia personal durante el transporte, y que ocupa un asiento que de otro modo estaría ocupado por otra persona.
 - Un adulto que viaja con usted porque un proveedor de atención de salud ha indicado por escrito que usted necesita un asistente.

13. Cómo programar los servicios de NEMT

Recuerde programar los viajes lo antes posible y **al menos dos días hábiles antes de que lo necesite**. Puede programar viajes con menos anticipación en ciertos casos, entre ellos:

- Recogida tras un alta hospitalaria;
- Viajes a la farmacia por medicamentos o suministros médicos aprobados;
- Traslados por afecciones urgentes. (Una condición urgente es una condición de salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



tratamiento dentro de las 24 horas).

Programe los viajes de larga distancia con al menos cinco días de anticipación.

Si tiene un viaje programado y su cita de atención de salud se cancela **antes** del viaje, comuníquese de inmediato con el servicio SafeRide, proporcionado por Superior STAR+PLUS MMP, al 1-855-932-2318 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora central.

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

J1. Atención si tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor intenso o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de la salud y medicina podrían esperar que tenga las siguientes consecuencias:

- un riesgo grave para su salud o para la de su hijo no nacido; **o**
- un daño grave a las funciones corporales; **o**
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - no hay tiempo suficiente para transferirla de forma segura a otro 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 la necesita. Usted **no** necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.

- **Informe a Superior STAR+PLUS MMP sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos hacer un seguimiento de sus cuidados de emergencia. Usted u otra persona deberían llamar para informarnos acerca de sus cuidados de emergencia, por lo general dentro de las 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia en caso de 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 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Sus proveedores de atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y cuándo finaliza la emergencia médica. Ellos seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Definición de servicios posteriores a la estabilización

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

Una vez que finalice la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurarse de recuperarse. Su cuidado de seguimiento será cubierto por nuestro plan. Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

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

Una emergencia relacionada con la salud del comportamiento se produce cuando una condición de la salud mental con síntomas como alucinaciones, delirios o cambios de humor los pone a usted o a

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



otra persona en riesgo de daño grave. La condición 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 y Abuso de Sustancias de Superior STAR+PLUS MMP al 1-866-896-1844 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Pulse “#” cuando se conteste 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 (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 obtiene atención de emergencia cuando no se trata de una emergencia

En algunas ocasiones, puede ser difícil identificar una emergencia médica o de salud conductual. Puede ir al médico para recibir atención de emergencia que el médico le diga que no se trata de una verdadera emergencia. Siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en peligro grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, una vez que el médico indica que no fue una emergencia, cubriremos el cuidado adicional solo en los siguientes casos:

- es atendido por un proveedor de la red o
- si el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado urgentemente necesario” y usted sigue las reglas para recibirlo. (Consulte la siguiente sección).

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

J2. Atención urgentemente necesaria

Definición de atención urgentemente necesaria

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



La atención requerida de urgencia es la atención que se obtiene de una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener un brote de una condición existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención urgentemente necesaria cuando se encuentra en el área de servicios del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado urgentemente necesario solo si cumple con estas condiciones:

- usted obtiene este cuidado de un proveedor de la red; **y**
- usted cumple las demás normas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable obtener la atención de un proveedor de la red debido al tiempo, al lugar o a las circunstancias, cubriremos la atención médica urgentemente necesaria que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios urgentemente necesarios, debe dirigirse al centro de atención de urgencia más cercano que esté abierto. Si está buscando atención de urgencia en nuestra área de servicios, 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 urgentemente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicios del plan, es posible que no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En este caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención médica urgentemente necesaria ni ningún otro servicio que reciba fuera de los Estados Unidos.

J3. 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Durante un desastre declarado, si no puede consultar a un proveedor de la red, le permitimos obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. En caso de que no pueda acceder a una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información.

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

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

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

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte la Sección A del Capítulo 7 para saber qué hacer.

K1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios

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

- sean médicamente necesarios; **y**
- se detallen en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D); **y**
- que usted reciba al cumplir las normas del plan.

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

Si desea saber si pagaremos por algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntar por escrito. Si le informamos que no pagaremos los servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección D, explica qué debe hacer si quiere que el plan cubra servicios o artículos médicos. También se indica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información sobre el derecho de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios al Miembro para averiguar cuáles son

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



los límites y cuán cerca se encuentra de llegar a ellos.

Nuestro plan no está autorizado a reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos por Texas Medicaid. Si tiene preguntas sobre los beneficios cubiertos por Texas Medicaid, consulte la Sección I del Capítulo 2 para obtener más información.

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

L1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado ensayo clínico) es la forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente pide voluntarios para participar en el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento es efectivo y seguro.

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 califica para participar en él. Usted puede permanecer en el estudio siempre que reúna las condiciones necesarias. Además debe comprender y aceptar lo que debe hacer durante el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa forma, continuará recibiendo servicios no relacionados con el estudio de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio no necesitan ser proveedores de la red.

Lo animamos a que nos informe 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 Servicios al Miembro para informarnos que participará en un ensayo clínico.

L2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos por

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estará cubierto para la mayoría de los productos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comidas para una hospitalización que Medicare hubiera pagado incluso si usted no estuviese participando en un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones del nuevo tratamiento.

Si participa de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, deberá pagar los costos que implica esa participación.

L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información acerca de la inscripción en un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” (Estudios de investigación clínica y de Medicare) en el sitio web de Medicare (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.

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

M1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona el cuidado que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada es contrario a sus creencias religiosas, cubriremos los cuidados que reciba en una institución religiosa de este tipo.

Puede decidir recibir atención sanitaria en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se aplica a los servicios para pacientes hospitalizados de Medicare Part A (servicios de atención de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios no médicos de atención de salud proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

M2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Para recibir la asistencia de una institución religiosa de este tipo, debe firmar un documento legal que exprese que usted no desea recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- Un tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención que es voluntaria y no exigida por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención que no es voluntaria y se exija conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para tener la cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica de atención de la salud debe reunir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si los servicios que recibe de esta institución se prestan en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - Usted debe tener un problema de salud que le permitiría acceder a servicios cubiertos de internación en un hospital o un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación de nuestro plan para que lo admitan en el centro, de lo contrario, la internación no estará cubierta.

Nuestro plan cubre la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante días ilimitados si el plan lo autoriza. Consulte la Tabla de beneficios que comienza en la Sección D del Capítulo 4 para obtener más información.

N. Equipo médico duradero (DME)

N1. Equipo médico duradero para el miembro de nuestro plan

El DME incluye determinados artículos solicitados por un proveedor, como 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 (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Ciertos artículos, como las prótesis, siempre serán de su propiedad.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



En esta sección, hablaremos del DME que debe alquilar. Como miembro de Superior STAR+PLUS MMP, usted no será propietario del DME, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

En determinadas situaciones, vamos a transferirle la propiedad del DME. Llame a Servicios al Miembro, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

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 equipo médico duradero (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 a Servicios al Miembro si quiere obtener más información sobre estos beneficios.

N2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

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

Nota: Puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede obtener más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/) o solicitarla 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 Original Medicare 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 y
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Si realizó pagos por el DME mientras estaba afiliado a Original Medicare o a un plan Medicare Advantage antes de haberse afiliado a nuestro plan, **esos pagos que realizó a Original Medicare o al plan Medicare Advantage no cuentan como parte de los pagos que necesita 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 Original Medicare o a un plan Medicare Advantage.

N3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para obtener equipos de oxígeno cubiertos por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno;
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

El equipo de oxígeno se debe devolver al propietario cuando ya no es médicamente necesario o si abandona nuestro plan.

N4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **abandona nuestro plan y cambia a Original Medicare**, usted deberá alquilarlo a un proveedor durante 36 meses. Los pagos del alquiler mensual cubren el equipo de oxígeno y los suministros, y los servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, sucederá lo siguiente:

- el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más;
- el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno y los suministros por hasta 5 años, en

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



caso de que sea médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**, sucederá lo siguiente:

- el proveedor ya no está obligado a proporcionarlo y usted puede optar por obtener un reemplazo del equipo de cualquier proveedor;
- comienza un nuevo período de 5 años;
- usted alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses;
- luego, el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más;
- cada 5 años comienza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá, como mínimo, lo que cubre el plan Original Medicare. Puede preguntar en su plan Medicare Advantage qué equipo de oxígeno y qué suministros están cubiertos y cuáles serán los costos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 se informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Los servicios cubiertos.....	71
A1. Durante emergencias de salud pública	71
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios	71
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan	72
D. La Tabla de Beneficios	74
E. Nuestros servicios comunitarios y en el hogar	123
F. Beneficios cubiertos fuera de Superior STAR+PLUS MMP.....	143
F1. Atención para pacientes enfermos terminales.....	143
F2. Evaluación antes de la admisión y revisión del residente (PASRR)	144
G. Beneficios no cubiertos por Superior STAR+PLUS MMP, Medicare ni Medicaid de Texas.....	144

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 A. En este capítulo, también se explican 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, para obtener más información sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame al coordinador de servicios al 1-855-772-7075 (TTY: 711) o a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El horario de atención del coordinador de servicios es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. El horario de atención del Departamento de Servicios al Miembro es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

A1. Durante emergencias de salud pública

En caso de una emergencia de salud pública (por sus siglas en inglés, PHE), Superior STAR+PLUS MMP puede ser más flexible para brindarle la atención que necesita. Por lo general, estos servicios adicionales son temporales y duran hasta el final de la PHE. Si quiere obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com o llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida 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 pagamos directamente a los proveedores, y le evitamos cualquier gasto. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que 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, o llame a Servicios al Miembro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.



C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

En la Tabla de Beneficios en la Sección D, se indican los servicios que paga el plan. Se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se detallan los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios detallados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las normas 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 (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa que se necesitan los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, suministros, o medicamentos cumplen con los estándares aceptados para el ejercicio de la medicina.
- Para los nuevos miembros, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe 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 por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, encontrará más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Si quiere información sobre cómo obtener servicios, comuníquese con Servicios al Miembro de Superior STAR+PLUS MMP al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.
- Cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de coordinación de servicios 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 denomina remisión del médico. En el Capítulo 3, Sección D, se brinda más información sobre cómo obtener una remisión del médico y las situaciones en las que no necesita obtenerla.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**




- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados en negrita en la Tabla de beneficios.
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención en función de los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- 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 HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 diagnóstico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>\$0</p>
<p>Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico</p> <p>El plan pagará hasta 12 consultas dentro de 90 días si tiene lumbalgia crónica que se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de una duración de 12 semanas o más; • no es específica (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no asociada con enfermedades infecciosas, inflamatorias o metastásicas); • no asociado con la cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales si mejora. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben abandonarse si no mejora o si empeora.</p>	<p>\$0</p>


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<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 mujeres 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, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia por tierra y por aire (avión y helicóptero). La ambulancia le trasladará hasta el lugar más cercano donde pueda recibir atención.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave hasta el punto en que otras formas de trasladarse hasta un lugar de asistencia pudieran poner en peligro su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben estar aprobados por el plan.</p> <p>En casos que no sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave hasta el punto en que otras formas de trasladarse hasta un lugar de asistencia pudieran poner en peligro su vida o su salud.</p>	<p>\$0</p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 estado en Medicare Part B durante más de 12 meses, puede obtener una revisión anual. Esta revisión es para crear o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede hacer su primer control anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Se le cubrirán los controles anuales una vez que haya tenido la cobertura de la Parte B durante 12 meses. No es necesario que haya realizado primero la consulta de “Bienvenida a Medicare”.</p> <p>Cada miembro que haya completado una visita anual de bienestar ganará \$20 como recompensa en My Health Pays™. La actividad debe completarse durante el año del plan actual.</p>	\$0
	<p>Servicios de salud del comportamiento</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de casos específicos de salud mental; • Servicios de rehabilitación de salud mental. • Cada miembro que haya realizado una visita de seguimiento con un proveedor de salud mental en un plazo de 30 días posteriores a la internación ganará \$20 como recompensa en My Health Pays™. La actividad debe completarse durante el año del plan actual. 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 miembros que califiquen (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, determinan la pérdida ósea, y detectan la calidad ósea.</p> <p>Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses, con más frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará a un médico que observe y comente sobre los resultados.</p>	\$0
	<p>Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía como referencia entre los 35 y los 39 años; • una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante; • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. <p>Cada miembro que haya completado una prueba anual de detección del cáncer de seno recibirá \$20 como recompensa en My Health Pays™. La actividad debe completarse durante el año del plan actual.</p>	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con algunas condiciones, con la indicación de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que suelen ser más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 consulta, su médico podrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • discutir el uso de aspirinas, • controlar su presión arterial, o • darle pautas para asegurarse de que esté alimentándose bien. 	\$0
	<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 detectan irregularidades debidas a un alto riesgo de enfermedad cardiovascular.</p>	\$0
	<p>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>El plan cubrirá 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. 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes a la columna para corregir la alineación. 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) en pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa en pacientes que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de diagnóstico. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multidiana de DNA en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia en pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o la última colonoscopia de diagnóstico. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan un alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de diagnóstico o sigmoidoscopia flexible de diagnóstico. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <p>Los análisis de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo en una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare.</p> <p>Cada miembro elegible que se haya realizado un análisis integral de detección de cáncer colorrectal ganará \$20 en recompensas de My Health Pays™. La actividad debe completarse durante el año del plan actual.</p>	
 <p>Orientación para dejar de fumar</p> <p>Si usted consume tabaco pero no tiene síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de 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 sin cargo para usted. Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales. <p>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por 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. Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales. <p>El plan también ofrece orientación para dejar de fumar para embarazadas.</p> <p>El plan pagará ocho sesiones adicionales de orientación individual o grupal para dejar de fumar o consumir tabaco por año. Para que se cubran más sesiones del límite establecido de ocho sesiones individuales o grupales, se deberá presentar documentación que demuestre la necesidad médica.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Con Superior STAR+PLUS MMP, se cubren los siguientes servicios como un Beneficio Flexible para ayudarlo a cuidar su dentadura y a satisfacer sus necesidades médicas hasta un máximo de \$750 por año para los miembros que no están inscritos en los servicios de exención de atención en la comunidad y en el hogar (HCS, por sus siglas en inglés), a partir de los 21 años en adelante:</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubren dos exámenes bucales por año. • Se cubren dos limpiezas por año. • Se cubre un tratamiento con fluoruro por año. • Se cubren radiografías de aleta de mordida 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 • Extracciones • Prostodoncia <p>Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de depresión</p> <p>Se cubrirá un examen de detección de depresión una vez al año. El examen de diagnóstico se debe realizar en un centro de atención primaria que pueda proporcionar un tratamiento de seguimiento y remisiones del médico.</p>	<p>\$0</p>
 <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 (glucosa). <p>Los exámenes podrán cubrirse en otros casos, por ejemplo en caso de que usted tenga sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede calificar para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p> <p>Todos los miembros 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) ganarán \$20 como recompensa en My Health Pays™. La actividad debe completarse durante el año del plan actual.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 la glucemia, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor de glucemia; ○ tiras reactivas para glucemia; ○ lanceteros y lancetas; ○ soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud 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 (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>Los productos OneTouch™ de Lifescan son nuestros suministros preferidos para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). No se cubren otras marcas, a menos que sean médicamente necesarias y cuenten con autorización.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12 y la Sección N del Capítulo 3 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 (IV); • dispositivos generadores del habla; • Suministros y equipo de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Equipo médico duradero para su uso fuera del hogar <p>Es posible que cubramos otros artículos.</p> <p>Pagaremos todo el equipo médico duradero (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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia comprende los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor grave o lesiones graves. La condición es tan grave que en caso de no recibir atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultase en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para la salud de la mujer o del niño por nacer; o • un daño grave a las funciones corporales; o • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ no hay tiempo suficiente para transferirla de forma segura a otro hospital antes del parto. ○ transferirla a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su hijo no nacido. <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 cuidado para pacientes internados después de estabilizar su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante para la atención de hospitalización únicamente si el plan lo aprueba.</p>
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de planificación familiar y tratamiento médico; • exámenes de laboratorio y diagnóstico en planificación familiar; • métodos de planificación familiar (píldoras, parches, anillo, IUD, inyecciones, implantes para control de natalidad); • suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical); • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados; • orientación y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (STI), HIV/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el HIV; • tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI); • esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización; deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía). • asesoría 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 para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada); • tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el HIV; • prueba genética 	


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> Micromatriz Constitucional Citogenómico: cubierto para mujeres que se someten a procedimientos de diagnóstico prenatal y productos de concepción por abortos espontáneos recurrentes. se harán excepciones a la limitación única de por vida con documentación de necesidad médica (p. ej., embarazos posteriores). 	
 <p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>Control mejorado de enfermedades: Tenemos programas de salud para ayudarlo a controlar ciertas condiciones. Entre ellas pueden incluirse asma, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, EPOC y diabetes. También tenemos un programa especial para brindarle ayuda si está cursando un embarazo. Los programas ofrecen materiales educativos, llamadas telefónicas y consejos de cuidados.</p> <p>Servicios de telecontrol: El telecontrol es un servicio de control remoto programado de datos relacionados con la salud de un miembro.</p> <p>Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en telefonía/web y la línea de asesoramiento de enfermería):</p> <p>La Línea de Consultas de Enfermería es una línea de información de salud atendida por enfermeros registrados que responden sus preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>El plan de salud ofrece acceso virtual a médicos certificados que pueden responder una amplia variedad de preguntas o inquietudes sobre salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Una visita virtual, también conocida como “consulta virtual”, es una visita a un médico, ya sea por teléfono, mediante una aplicación para teléfonos inteligentes o en línea.</p> <p>Servicios de asesoramiento: 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</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>y 60 minutos. Hay un límite de 30 visitas en total por año, independientemente del tipo de sesión (individual o grupal). La cobertura es para adultos a partir de los 21 años.</p> <p>Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS): 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 miembro pedir ayuda fácilmente a cualquier hora del día o de la noche.</p>	
<p>Servicios para la audición</p> <p>Se cubrirán los exámenes auditivos y del equilibrio realizados por su proveedor. Estas pruebas le indicarán si necesita o no tratamiento médico. Se cubren como atención ambulatoria cuando las realice un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también pagará audífonos para un oído cada cinco años.</p> <p>El plan también cubre exámenes de audición de rutina y evaluación/ajuste de audífonos sin límite.</p>	\$0
<p> Detección del VIH</p> <p>El plan paga un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soliciten una prueba de detección del VIH, o • presenten alto riesgo de contraer VIH. <p>En el caso de las mujeres embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados brindados por una agencia de atención médica en el hogar</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un médico debe decirnos que los necesita y una agencia de salud en el hogar debe proporcionarlos.</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 asistente de salud a domicilio, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos conforme al beneficio de atención de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio 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; • equipo médico y suministros. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan pagará por la terapia de infusión en el hogar, definida como la terapia en que se administran medicamentos o sustancias biológicas por vena o se aplican debajo de la piel, y que se realiza en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como antiviral o inmunoglobulina; • el equipo, como una bomba; y • suministros, como tubos o catéter. <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • capacitación y educación de los miembros no incluidas en el beneficio de DME; • control a distancia; y • servicios de control para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar que se hayan proporcionado mediante un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. 	
<p>Atención para pacientes enfermos terminales</p> <p>Usted tiene derecho a seleccionar un centro para la atención de enfermos terminales en caso de que su proveedor y el director médico del centro determinen que su pronóstico es terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Puede obtener atención de cualquier Programa de Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un Programa Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Se cubrirá lo siguiente mientras obtiene los servicios para enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para el tratamiento sintomático y del dolor; • cuidado de relevo de corto plazo; • cuidados domiciliarios. <p>Los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part 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</p>	<p>\$0</p> <p>Cuando se inscribe en un Programa de Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare, los servicios para enfermos terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal están cubiertos a través de Original Medicare, no mediante Superior STAR+PLUS MMP.</p>


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicare Part A o Part B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superior STAR+PLUS MMP cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B. <p>El plan cubrirá los servicios, ya sea que estén relacionados con su pronóstico terminal o no. Usted no paga estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Part D de Superior STAR+PLUS MMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3. <p>Nota: Si necesita atención que no está relacionada con la atención para pacientes terminales, deberá llamar a su coordinador de servicios para planificar los servicios. La atención que no es atención para pacientes 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). Atiende de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta sobre atención para pacientes terminales (por única vez) para un paciente con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de atención para pacientes terminales.</p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
 <p>Inmunizaciones</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía; • vacunas contra la influenza/gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias; • vacuna contra la hepatitis B, si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B; • vacuna contra la COVID-19 • otras vacunas si es una persona en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B. <p>Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el Capítulo 6, Sección D, para obtener más información.</p> <p>Cada miembro que haya recibido la vacuna contra la influenza (gripe), ganará \$20 como recompensa en My Health Pays™. La actividad debe completarse durante el año del plan actual.</p>	<p>\$0</p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de hospitalización</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 regular; • costos de unidades de atención especial, tales como unidades de cuidados intensivos o atención coronaria; • fármacos y medicamentos; • pruebas de laboratorio; • radiografías y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos que se requieran; • artefactos, tales como sillas de ruedas; • servicios de quirófano y habitaciones de recuperación; • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados; • 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. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo la atención de pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que la emergencia esté bajo control.</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios médicos; • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/vísceras múltiples <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tarifas 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 fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o cubriremos 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>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Se cubrirán los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización. El plan puede brindar cobertura para los servicios para 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 atención aguda.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Se debe obtener autorización previa de un proveedor de salud del comportamiento designado.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una hospitalización sin cobertura</p> <p>Si su hospitalización no es razonable ni 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; • exámenes de diagnóstico, como pruebas de laboratorio; • radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos • apósitos quirúrgicos. • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • prótesis y aparatos ortopédicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ○ reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente); ○ reemplazan todo o parte de la función de un órgano interno que no funciona o que funciona de manera incorrecta. • aparatos ortopédicos de pierna, brazo, espalda y cuello, armaduras y ojos, brazos y piernas artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención. <ul style="list-style-type: none"> ○ debe tener una enfermedad renal crónica en estadio IV, y su médico debe brindarle una remisión. ○ el plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal. • tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente. • tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial. • capacitación en autodiálisis, incluida capacitación para usted y otras personas que lo ayuden con sus tratamientos de diálisis en el domicilio. • equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • determinados servicios de apoyo domiciliario, tales como las visitas necesarias por trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo se realiza la diálisis en el hogar, para ayudarlo en caso de emergencia, y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p>


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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>El plan pagará el examen de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años; y • tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado; y • ha fumado, al menos, 1 paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen, el plan pagará otro examen cada año con un pedido por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
	<p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin 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). Con posterioridad, cubrimos servicios de asesoramiento individual de dos horas de duración. Si su condición, 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>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 (MDPP)</p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarte a aumentar el comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio nutricional a largo plazo; y • aumento de la actividad física; y <ul style="list-style-type: none"> • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p>
	<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Part B. Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada, lo que significa que primero deberá probar un medicamento diferente con el objetivo de ver si este es efectivo para usted. Superior STAR+PLUS MMP pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o de un centro de cirugía ambulatoria. • insulina suministrada a través de un elemento de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • otros medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • el medicamento para el alzhéimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV). • los factores de coagulación que se administra usted mismo con inyecciones, si tiene hemofilia. • medicamentos inmunosupresores y para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>trasplantes si pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre, en el caso de que haya estado inscrito en Medicare Part A en el momento del trasplante de órgano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para la osteoporosis que se inyectan: Estos medicamentos están cubiertos si usted está confinado en su hogar, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse el medicamento usted mismo. • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con la instrucción correspondiente (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos para el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que nuevos medicamentos orales para el cáncer estén disponibles, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utiliza como parte del régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, a las 48 horas o dentro de las 48 horas posteriores, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B 	

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>para la ESRD lo cubre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar. • ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos. • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones determinadas (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®], darbepoetina alfa, Mircera[®] o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades primarias de inmunodeficiencia. • nutrición parenteral y enteral (por vía IV y por sonda). <p>En el siguiente enlace, encontrará una Lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: mmp.SuperiorHealthPlan.com/mmp/resources.html.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas por medio de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, Introducción, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las normas que usted debe seguir para que se cubran sus recetas.</p> <p>En la Sección A del Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)</p> <p>El plan pagará por servicios de transporte para citas de atención de salud que no son de emergencia si no tiene otras opciones de transporte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estos viajes incluyen transporte al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares en los que recibe servicios de atención de salud. • Estos viajes no incluyen viajes en ambulancia. <p>Los servicios de NEMT incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pases o boletos para el transporte, como el tránsito público dentro de ciudades o estados y entre estos (incluido el transporte ferroviario o autobús). • servicios de transporte de aerolíneas comerciales. • servicios de transporte a demanda (puerta a puerta) en autobuses privados, furgonetas o sedanes (incluidos vehículos con acceso para silla de ruedas, si es necesario). • reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) que utilice su propio vehículo para un traslado verificado y completado hacia el lugar de un servicio de atención de salud cubierto. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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. Alojamiento y comidas 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 centros de enfermería, los miembros recibirán un “kit de bienvenida”.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</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. Deberá recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De este modo, podrá gestionarse junto con la totalidad de su plan de prevención. Consulte a su proveedor de atención primaria para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de ingesta; • evaluaciones periódicas; • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, la administración de estos medicamentos; • asesoramiento para trastornos por consumo de sustancias; • terapia individual y grupal; • pruebas de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas). 	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Exámenes 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"> • radiografías • terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para los técnicos; • suministros quirúrgicos, tales como apósitos; • Ffrulas, 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. • otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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>El plan paga los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. 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 servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita admisión en el hospital como "paciente hospitalizado". ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser considerado un "paciente ambulatorio". ○ Para saber en qué casos es considerado paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101. • pruebas de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital • atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría un tratamiento para pacientes hospitalizados • radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • suministros médicos, tales como férulas y yesos • exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de beneficios • algunos medicamentos que no se puede administrar usted mismo 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 para ejercer en el estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • un asesor profesional con licencia (LPC); • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT); • un profesional de enfermería (NP); • un asociado médico; • cualquier otro profesional en salud mental autorizado por Medicare según lo permitan las leyes aplicables del estado. <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 diurno; • servicios de rehabilitación psicosocial. 	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<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 de los departamentos de pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p> <p>Si es miembro de un programa de exención, lea sobre los servicios basados en el hogar y la comunidad en la Sección E para conocer sobre los servicios adicionales.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
<p>Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia; • Educación del paciente; • Atención de seguimiento una vez que dejó el hospital; • Examen de detección preventivo y orientación. <p>Las visitas pueden llevarse a cabo en un entorno para pacientes ambulatorios individual o de grupo.</p>	<p>\$0</p> <p>Puede ser necesaria una 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>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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>El plan cubre artículos de venta libre limitados, disponibles a través de la compra por correo y en farmacias CVS de venta minorista seleccionadas, sin costo alguno para usted. Comuníquese con Superior STAR+PLUS MMP para obtener más información.</p> <p>Los miembros pueden usar su beneficio de artículos OTC para comprar artículos OTC elegibles de ubicaciones participantes o del catálogo de artículos OTC para la entrega en su hogar. Los artículos cubiertos por el beneficio se limitan a los artículos que cumplen con las directrices de los CMS en la versión más reciente del Capítulo 4 del Manual de atención administrada de Medicare. El valor del artículo adquirido se basa en el precio minorista cobrado por el vendedor, incluidos el impuesto a las ventas y el envío para compras por correo, según corresponda, y no se puede canjear por efectivo. Este beneficio está disponible únicamente para los miembros al plan de Superior STAR+PLUS MMP en la comunidad. No está disponible para los miembros al plan de Superior STAR+PLUS MMP que estén en un centro de enfermería.</p> <p>Puede utilizar su tarjeta en las tiendas participantes minoristas, a través de una aplicación móvil o puede iniciar sesión en su portal para miembros para realizar un pedido de entrega a domicilio.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de marca y genéricos de venta libre • Vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y la alergia, artículos para la diabetes • Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas o inicie sesión en el portal para miembros o consulte su catálogo. <p>Nota: En ciertas circunstancias, el equipo de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Siempre que (sea posible), debe usar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su cantidad asignada de OTC para estos artículos.</p>	<p>\$0</p> <p>Como beneficio flexible adicional, nuestro plan cubre hasta \$35 por mes calendario para artículos OTC elegibles para miembros de 21 años en adelante.</p> <p>Este beneficio para artículos de venta libre se limita a un pedido por mes calendario. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente mes calendario.</p> <p>Algunos artículos pueden tener un límite de cantidad y se indican en su catálogo. Los múltiplos de artículos individuales pueden ser limitados, por pedido. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.</p> <p>Este beneficio solo se puede usar para pedir productos de venta libre para el miembro.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o un centro de salud mental de la comunidad. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia. Puede ayudarlo a evitar tener que quedarse en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo mediante terapia de salud del comportamiento (mental) que se proporciona como un servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud habilitado federalmente o una clínica de salud rural que brinde servicios más intensos que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional con licencia, pero menos intensos que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0</p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa (aprobación por adelantado) Se debe obtener autorización previa de un proveedor de salud del comportamiento designado. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>El plan 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; • comidas; • baño; • vestimenta e higiene personal; • tareas cotidianas prácticas/asistencia con la planificación; • preparación de comidas; • transporte o asistencia para obtenerlo; • asistencia para caminar y moverse; • refuerzo del apoyo para el comportamiento o de las actividades terapéuticas especializadas; y • ayuda con 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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atención de salud o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se presten en lugares tales como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultorios médicos ○ centros quirúrgicos ambulatorios habilitados ○ departamentos ambulatorios de hospitales • consulta, diagnóstico, y tratamiento a cargo de un especialista • exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por un médico especialista, si su médico los solicita para saber si necesita tratamiento • servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental recurrente • servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ se pueden hacer excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias. ● servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por clínicas de salud rural y centros de salud con calificación federal. ● verificaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted es paciente existente y ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos y ○ el control no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. ● evaluación de video o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted es paciente existente y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos y ○ la evaluación no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. ● 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. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • atención dental no rutinaria; los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas, ○ recolocación de huesos fracturados faciales o de la mandíbula, ○ extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer neoplásico, o ○ servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico. 	
<p>Servicios de podología</p> <p>El plan cubrirá 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 espolón calcáneo); • cuidado rutinario de los pies para los miembros con condiciones que afectan las piernas, como la diabetes. <p>El plan ofrece cuidado de los pies de rutina adicional ilimitado, independientemente de la condición, como un Beneficio Flexible gratuito para los miembros. Los servicios incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del pie plano u otras desviaciones estructurales de los pies. • Extracción de callos. • Extracción de verrugas. • Extracción de durezas. • Cuidado higiénico. 	<p>\$0</p>


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 específico de próstata (PSA). 	<p>\$0</p>
	<p>Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan completamente o de manera parcial una parte del cuerpo o función. Estas medidas incluyen, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas, adaptación o capacitación en el uso de prótesis y aparatos ortopédicos; • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía; • marcapasos; • aparatos ortopédicos; • calzado protésico; • brazos y piernas artificiales; • prótesis mamarias (incluido sostén quirúrgico después de una mastectomía). <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con las prótesis y los aparatos ortopédicos. También pagará su reparación o reemplazo. También pagará la reparación o el reemplazo de las prótesis.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la remoción de cataratas o de la cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Incluye suministros médicos desechables.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. El miembro debe contar con una orden médica para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la enfermedad.</p>	<p>\$0</p>
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) 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 ciertos 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 dura entre 20 y 30 minutos. Se cubrirán estas sesiones de orientación como servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como por ejemplo el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 (SNF):</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; • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentren naturalmente en el cuerpo, tales como factores de coagulación. <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 utilizados en los centros de enfermería; • pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería; • radiografías y otros servicios de radiología realizados en los centros de enfermería • artefactos, tales como sillas de ruedas, que por lo general ofrecen los centros de enfermería; • servicios de médicos/proveedores. <p>Por lo general, recibirá atención en los centros de la red. No obstante, usted podría recibir atención en un centro fuera de la red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de convalecencia o comunidad de retiro que ofrezca cuidados continuos donde usted haya vivido antes de ir al hospital (siempre que preste los cuidados de un centro de enfermería); • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted abandone el hospital. • No se requiere una internación previa en un hospital. Incluye suministros médicos desechables. El plan brinda días adicionales a los que cubre Medicare (ilimitados). 	

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET; • 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario. <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ser un conjunto de sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento físico para PAD en los miembros con calambres en las piernas debido al poco torrente sanguíneo (claudicación) • realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico; • suministrarlo personal calificado que asegure que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD; • estar bajo la supervisión directa de un médico, asociado médico o profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado. 	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención urgentemente necesaria</p> <p>La atención de urgencia es atención que se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lo que no sea una emergencia; o • una enfermedad repentina; o • una lesión, o • una condición que requiera de atención inmediata. <p>Si necesita atención urgentemente necesaria, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede consultar a proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, debido al tiempo, al lugar o a las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista pero que no es una emergencia médica).</p> <p>Los servicios médicos obtenidos fuera del país no están cubiertos.</p>	<p>\$0</p>


Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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, esto incluye exámenes oculares anuales de retinopatía diabética en personas diabéticas y tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre los exámenes oculares 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 alto riesgo de padecer glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con historial familiar de glaucoma, • personas con diabetes; • afroamericanos de 50 años o más, y • hispanoamericanos de 65 años o más. <p>Se cubre un examen ocular cada dos años.</p> <p>El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto cada dos años.</p>	<p>\$0</p>
 <p>El plan ofrece \$200 adicionales como un Beneficio Flexible por año para la compra de anteojos (marcos y lentes) y lentes de contacto. El beneficio se limita a miembros de 21 años o más. El miembro será responsable de los costos por lentes y accesorios que superen los \$200 por año.</p> <p>Cada miembro que haya completado un examen de detección de retinopatía diabética ganará \$20 como recompensa en My Health Pays™. La actividad debe completarse durante el año del plan actual.</p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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>El plan cubre la visita preventiva por única vez “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su estado de salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes e inyecciones), y • derivaciones para otras prestaciones en caso de que corresponda. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en los que usted cuente con la cobertura de Medicare Part B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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. Estos son servicios que puede usar en vez de ir a un centro. Para obtener algunos de estos servicios, necesita calificar 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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/dispositivos e interruptores neumáticos; • unidades de control ambiental; • suministros médicamente necesarios; • dispositivos de ayuda para la comunicación (incluidas las baterías); • equipos adaptados/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 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 miembros 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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS (SPW), y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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"> • preparación de comidas; • limpieza del hogar; • cuidado personal; • tareas de enfermería; • supervisión; • servicios de acompañamiento; • asistencia en la vida cotidiana; • Transporte público 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de atención dental</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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de respuesta en caso 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 miembros que residen en un centro de enfermería o en una residencia de atención intermedia (ICF)/para personas con incapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD).</p> <p>Los servicios de respuesta de emergencia (ERS) también están disponibles como un Beneficio Flexible gratuito para las personas de 21 en adelante que no están inscritas en los servicios de exención de 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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 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 público • participación en las reuniones del equipo de planificación de servicios. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS 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; • transporte o ayuda para obtenerlo; • asistencia para caminar y movilizarse; • refuerzo del apoyo para el comportamiento o de las actividades terapéuticas especializadas; • ayuda con medicamentos. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Comidas entregadas a domicilio</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 miembro, 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 años en adelante que no están inscritas en los servicios de exención de HCBS de STAR+PLUS y que no reciben estos servicios, el plan ofrece comidas entregadas a domicilio como un Beneficio Flexible gratuito. Luego del alta de un hospital o centro de enfermería, se proporcionan diez (10) comidas entregadas a domicilio por año a los miembros.</p> <p>El plan también ofrece tres (3) comidas a domicilio por día, por un máximo de 14 días, inmediatamente después de una hospitalización para ayudar en la recuperación de un miembro.</p> <p>El beneficio total ofrece un máximo de 42 comidas por evento para una cantidad ilimitada de eventos por año.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 agarraderas; • ensanchamiento de puertas; • modificaciones de las instalaciones de la cocina y del baño, y • otras adaptaciones especiales de accesibilidad. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de enfermería</p> <p>Se cubren el tratamiento y el control de sus condiciones médicas, en especial si tiene condiciones crónicas que requieren tareas específicas de enfermería.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>El plan 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; • comidas; • baño; • vestimenta e higiene personal; • tareas cotidianas prácticas/asistencia con la planificación; • preparación de comidas; • transporte o asistencia para obtenerlo; • asistencia para caminar y movilizarse; • refuerzo del apoyo para el comportamiento o de las actividades terapéuticas especializadas; y • ayuda con medicamentos. • Las personas pueden optar por dirigir los servicios de asistencia personal que reciben. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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/comunicación aumentativa; • consultas y capacitación para otros proveedores de servicio y familiares; • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 mayores de 21 años que tienen ciertas condiciones crónicas y complejas, que no están inscritas en los servicios de exención para HCS 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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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/entrenamiento para el uso de dispositivos de adaptación y comunicación aumentativa; • consultas y capacitación para otros proveedores de servicio y familiares; • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<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, selección 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; • gestión de los trabajadores; • otras habilidades profesionales necesarias. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 incapacidad. • se le paga el salario mínimo (o más) por el trabajo realizado. y • 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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<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; • compra de muebles básicos para el apartamento o la casa, entre ellos, mesa, sillas, persianas, utensilios para comer, artículos para la preparación de comidas y ropa de baño; • gastos de mudanza necesarios para trasladarse a la casa o al apartamento u ocuparlo; y • 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>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Para las personas que están inscritas en los servicios de exención para HCS de STAR+PLUS, y que los reciben, los servicios se describen en el Anexo C: definiciones de los HCS de la exención 1115.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 a través de Medicare o Texas Medicaid.

F1. Atención para pacientes enfermos terminales

Puede obtener atención de cualquier Programa de Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a seleccionar un centro para la atención de enfermos terminales en caso de que su proveedor y el director médico del centro determinen que su pronóstico es terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es como máximo de seis meses. El plan debe ayudarlo a encontrar Programas de Atención para Pacientes Terminales certificados por Medicare. Los Programas de Atención para Pacientes Terminales brindan atención para este tipo de pacientes y de apoyo a los miembros 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. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que paga Superior STAR+PLUS MMP mientras recibe servicios de atención para pacientes terminales.

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

- El prestador de servicios de atención para pacientes terminales deberá facturar a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios para enfermos terminales y los servicios de Medicare Part A o B. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor facturará sus servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B. No debe pagar por estos servicios.

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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F.

Nota: Si necesita atención que no está relacionada con la atención para pacientes terminales, deberá llamar a su coordinador de servicios para planificar los servicios. La atención que no es

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



atención para pacientes 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). Atiende de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

F2. Evaluación antes de la admisión y revisión del residente (PASRR)

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

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

En esta sección, se le indica qué tipos de beneficios se excluyen del plan. Excluidos significa que el plan no paga estos beneficios. Ni Medicare ni Medicaid de Texas pagarán por ellos.

En la siguiente tabla se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que se excluyen del plan solo en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Miembro*), salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si considera que deberíamos cubrir un servicio que no está cubierto, podrá presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.

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.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte la Sección L del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y productos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y Medicare lo paga.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Una sala privada en un hospital, excepto cuando es médicamente necesaria.
- Servicios de enfermeros privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como un teléfono o un televisor.
- Cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.
- Servicios domésticos, incluida la asistencia básica en el hogar, como tareas livianas de limpieza o la preparación de comidas.
- Honorarios facturados por sus familiares directos o personas que residan en su vivienda.
- Procedimientos o servicios electivos o voluntarios de mejoramiento (que incluyen la pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. 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, que no sea la manipulación manual de la columna conforme a los lineamientos 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.
- Aparatos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para quienes padezcan la condición del 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.
- Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a los veteranos en los centros de Veterans Affairs (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de sus montos de costos compartidos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 para obtener medicamentos recetados 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 Part 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 orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

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

- Medicamentos cubiertos por Medicare Part A. Estos incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Part 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. Si quiere obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

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

El plan cubrirá por lo general sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla las normas de esta sección.

1. Debe hacer que un médico u otro proveedor le expida su receta, la cual deberá ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido para su atención.
2. Su profesional que expide recetas no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
3. Generalmente debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta o puede surtir su receta a través del servicio de compra por correo del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



4. El medicamento recetado debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos “Lista de Medicamentos” para *abreviar*. (Consulte la Sección B de este capítulo).
 - Si no está en la *Lista de Medicamentos*, podríamos cubrirlo ofreciéndole una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9, Sección F2, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
5. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas.
6. Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la Sección C.

Para los medicamentos cubiertos por Medicaid de Texas, esto significa que tomar el medicamento es razonable y necesario a fin de proteger la vida, prevenir una enfermedad o incapacidad importante, o bien aliviar un dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas	149
A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red	149
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta médica	149
A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red	149
A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red	149
A5. Cómo comprar en una farmacia especializada	150
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos.....	150
A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo	153
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan	153
A9. Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica	154
B. La <i>Lista de Medicamentos</i> del plan.....	154

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



B1. Medicamentos en la <i>Lista de Medicamentos</i>	154
B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i>	155
B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de Medicamentos</i>	156
B4. Niveles de la <i>Lista de Medicamentos</i>	157
C. Límites de algunos medicamentos.....	157
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto.....	159
D1. Cómo obtener un suministro temporal	159
E. Cambios en la cobertura de medicamentos	162
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	165
F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan.....	165
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	165
F3. Si se encuentra en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare	166
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos	167
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura	167
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	167
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura.....	168

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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, sus recetas médicas están cubiertas 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 miembros de nuestro plan. Puede usar 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 a Servicios al Miembro o a su coordinador de servicios.

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

Para surtir una receta médica, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** 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 su tarjeta de ID de miembro cuando surte su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en el plan.

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.** Usted puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios al Miembro de inmediato. Haremos todo lo posible para ayudarle.

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

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

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede solicitar que un proveedor le expida una nueva o que su farmacia transfiera la receta a la farmacia nueva si le quedan resurtidos.

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

A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia a la que usted acude abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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

A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

A veces, las recetas deben dispensarse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de centros de cuidado a largo plazo, como los centros de convalecencia.
 - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo cuentan con sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de atención médica a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red, o bien tiene problemas para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios del Programa de Salud para Comunidades Indígenas, Tribales y Urbanas. Excepto en caso de emergencias, solo los indígenas norteamericanos o de Alaska pueden acceder a estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que exigen requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores, o educación de los pacientes respecto a su uso. (Nota: Estas situaciones se presentan en raras ocasiones).

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

A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles para entrega por correo son medicamentos que usted toma en forma regular para un problema de salud crónico o de largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están señalados con “NM” en nuestra Lista de Medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite solicitar hasta un suministro de 100 días. Un suministro de 100 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 por correo, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Los formularios de compra también están disponibles en nuestro sitio web mmp.superiorhealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html.

En general, obtendrá una receta de compra por correo dentro de los 10 o 14 días hábiles. Si su pedido se retrasa, llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY:711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Procesos de compra por correo

El servicio de correo tiene distintos procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente de su proveedor, y el resurtido de los medicamentos que pida por correo:

1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia

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

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

La farmacia surtirá y enviará recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención de salud, sin confirmarlo antes con usted, en caso de que:

- Usted haya utilizado servicios de compra por correo con este plan en el pasado o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención de salud. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si usted utilizó el servicio de compra por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de compras por correo o decide cancelar el surtido automático de nuevas prescripciones, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba nuevas prescripciones de un proveedor de atención de salud para saber si usted desea que la medicación se surta y se envíe inmediatamente.

- Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (incluyendo la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permite detener o demorar el pedido antes de que se lo envíen.
- Es importante que responda todas las veces que la farmacia le contacte, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para darse de baja del servicio de envío automático de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

3. Volver a surtir recetas médicas de compra por correo

Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de resurtido automático. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted está cerca del momento en que se le terminará su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados en caso de que tenga medicamentos suficientes o en caso de que su medicamento haya cambiado.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con la farmacia 21 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 los resurtidos de compras por correo, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o con la farmacia de la red que actualmente surte sus medicamentos de compra por correo.

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. Debe verificar su

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



información de contacto cada vez que realice un pedido, en el momento de inscribirse en el programa de resurtido automático o si su información de contacto cambia.

A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro de *medicamentos de mantenimiento* a largo plazo en nuestra Lista de Medicamentos del plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de forma regular para tratar condiciones médicas crónicas o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 100 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 a Servicios al Miembro 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 un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la Sección A6 anterior para obtener información sobre los servicios de compra por correo.

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

Por lo general, ofrecemos la cobertura si se surten los medicamentos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicios en donde usted puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero a Servicios al Miembro para saber si hay una farmacia de la red cercana. Es posible que deba pagar la diferencia entre el precio que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Viaja fuera del área de servicios 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 nacional o a otra situación de emergencia de la salud pública.

En general, cubriremos por única vez un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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

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

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

B. La Lista de Medicamentos del plan

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

Los medicamentos de esta *Lista de Medicamentos* son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* también le informa si existe alguna norma que deba cumplir para recibir los medicamentos.

Por lo general cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla las normas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part 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 medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los típicos. En la *Lista de Medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico como vacunas o insulina.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de Medicamentos*.

Por lo general cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla las normas 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 recetados y funcionan de la misma manera. Si quiere obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos*

Para saber si un medicamento que toma está en la *Lista de Medicamentos*, haga lo siguiente:

- Consulte la *Lista de Medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en mmp.superiorhealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html. La *Lista de Medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento está en la *Lista de Medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en mmp.SuperiorHealthPlan.com o llame a su coordinador de servicios o a Servicios al Miembro. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma condición.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



B3. Medicamentos que no están en la *Lista de Medicamentos*

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están 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 a usted le recetan un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted cree que en su caso deberíamos pagar un medicamento excluido, puede presentar una apelación. Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5.

Las siguientes tres normas generales se aplican a los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de Medicare Part D y de Medicaid de Texas) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto conforme a Medicare Part A o Part B. Los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Part A o Part 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 adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El consumo del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su condición. Su médico u otro proveedor podría recetarle un determinado medicamento para tratar su condición, incluso cuando no hubiese sido aprobado para tal fin. Esto se denomina uso fuera de la indicación. Nuestro plan por lo general no cubre medicamentos con prescripciones de uso fuera de lo 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 utilizados para mejorar la fertilidad;
- medicamentos utilizados con fines cosméticos o para fortalecer el crecimiento capilar;
- 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 empresa que los fabrica indica

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



que solo ellos pueden realizarle exámenes o prestarle servicios.

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 generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

- El Nivel 1 (Medicamentos Genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 2 (Medicamentos de Marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 (Medicamentos Recetados/OTC que no son de Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca recetados y de venta libre (OTC) que están cubiertos por Medicaid.

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

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

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. En general, nuestras reglas le ayudarán a obtener un medicamento que funciona para su condición médica y es 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 su medicamento, en general, significa que usted o su proveedor deberán realizar gestiones adicionales para que le cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor deberá informarnos primero su diagnóstico o los resultados de un análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos una excepción. Queda a nuestra discreción permitirle utilizar el medicamento sin tomar las medidas adicionales o no.

Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



1. Limitar el uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando se dispone de una versión genérica o biosimilar intercambiable, respectivamente.

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable actúa de igual manera que un medicamento de marca o producto biológico original y suelen costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o de un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable, respectivamente.

- Normalmente, no cubriremos el medicamento de marca o *producto biológico original* cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma condición serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que expide recetas deben conseguir la aprobación de Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP), siguiendo sus normas específicas, antes de surtir una receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (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 requiere que pruebe medicamentos de menor costo (que a menudo son igualmente eficaces que los de mayor costo) antes de cubrir los medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B se utilizan para tratar la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso que el medicamento B, el plan puede requerirle que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no actúa adecuadamente para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se denomina "terapia escalonada".

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



4. Aplicar límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de medicamento que obtiene cada vez que adquiere sus fármacos recetados.

Para saber si alguna de estas normas se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o consulte nuestro sitio web mmp.superiorhealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html.

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

Tratamos de lograr que la cobertura de medicamentos sea útil para usted, pero a veces es posible que algún medicamento no esté cubierto de la manera que usted desea. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no estar en la *Lista de Medicamentos*. Podría estar cubierta la versión genérica del medicamento, pero no la de nombre comercial que usted quiere llevar. El medicamento podría ser nuevo y nosotros podríamos no haber aún verificado su seguridad y efectividad.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas especiales o límites a su cobertura. Como se explicó en la sección anterior, existen normas que limitan el uso de algunos de los medicamentos cubiertos por el plan. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que expide recetas quiera solicitar una excepción a una regla.

Hay cosas que sí puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en la *Lista de Medicamentos* o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de la obtención de un medicamento diferente o para solicitarle al plan que cubra el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en la *Lista de Medicamentos* del plan; o

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- nunca estuvo en la *Lista de Medicamentos* del plan; o
 - está limitado ahora de alguna forma.
2. Usted debe encontrarse en una de estas situaciones:
- Estuvo afiliado al plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 100 días del año calendario**.
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días en una farmacia minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si su receta se expide por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 30 días de medicamentos en una farmacia minorista y de hasta 31 días de medicamentos 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 surtir el medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el malgasto.
 - Es un nuevo afiliado al plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 100 días a partir de su membresía al plan**.
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días en una farmacia minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si su receta se expide por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 30 días de medicamentos en una farmacia minorista y de hasta 31 días de medicamentos 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 surtir el medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el malgasto.
 - Ha estado afiliado al plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta se expide por menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.
 - Si su nivel de atención cambia (por ejemplo, si entra a un centro de atención a

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



largo plazo u hospital o se va de este), cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica se expide por menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro total de hasta 30 días.

- Dicha transiciones de nivel de atención pueden incluir, entre otras:
- Miembros que reciben el alta del hospital o del centro de enfermería especializada y pasan a recibir tratamiento en el hogar.
- Miembros que son admitidos en un centro de enfermería especializada tras haber recibido tratamiento en el hogar.
- Miembros que se trasladan de un centro de enfermería especializada a otro que trabaja con una farmacia diferente.
- Miembros que terminan su estadía conforme a Medicare Part 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.
- Miembros que dejan su condición de atención para pacientes terminales.
- Es un miembro al que se le dio de alta de un hospital psiquiátrico para trastornos crónicos con un régimen altamente individualizado.
- 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 califica para 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 a Servicios al Miembro.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine ese suministro temporal. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una Lista de Medicamentos Cubiertos que traten la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le resulte efectivo.

O

- Puede pedir una excepción.

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

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

- Le informaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento de Medicare Part D para el próximo año. Puede solicitarnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento de la manera en que desea que esté cubierto para el año siguiente.
- Responderemos a su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas después de recibirla (o la declaración de apoyo del profesional que expidió su receta).

Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F2.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede llamar a Servicios al Miembro 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 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, podríamos:

- decidir solicitar o no una aprobación o autorización previa (PA) para un medicamento (la PA es un permiso que Superior STAR+PLUS MMP debe otorgar antes de que

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



usted pueda acceder a un medicamento);

- agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (lo que llamamos “límites de cantidad”);
- agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (en la terapia escalonada, usted debe probar un medicamento antes de que cubramos 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 cubierto al **comienzo** del año, normalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:

- que surja 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*; o
- que descubramos que un medicamento no es seguro; o
- un medicamento sea retirado del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de Medicamentos*, siempre puede optar por una de estas opciones:

- Consulte la *Lista de Medicamentos* actualizada de Superior STAR+PLUS MMP en línea, en mmp.superiorhealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html o
- Llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711) para consultar la *Lista de Medicamentos* actual. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de Medicamentos* que lo afectan durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* se producirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Se pone a disposición un medicamento genérico nuevo.** A veces, un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar aparece en el mercado y a partir de

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



ese momento funciona como un medicamento de marca o un producto biológico original en la *Lista de Medicamentos* actual. Cuando esto sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el medicamento genérico nuevo, pero el costo del medicamento nuevo seguirá siendo el mismo.

Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en la lista, pero cambiar sus normas 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 pedir una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte la Sección F2 del 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 (FDA) informa que un medicamento que está tomando no es seguro ni eficaz o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos inmediatamente de la *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Hable con su médico u otro profesional que expide recetas para que le ayude a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que usted pueda tomar en reemplazo.

Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Le informaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento.

Cuando estos cambios se produzcan, haremos lo siguiente:

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

Esto le dará tiempo para hablar con su médico o el profesional que emite sus recetas. Pueden ayudarlo a decidir:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que puede tomar en su lugar.
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9**, Sección F2.

Cambios en la *Lista de Medicamentos* que no lo afectan durante el año del plan actual

Podemos realizar cambios en los medicamentos que usted toma que no se describen anteriormente y que no afectan sus medicamentos actuales. En el caso de tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principio** de año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho 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.

Si cualquiera de estos cambios ocurre en relación con un medicamento que usted está tomando (excepto para los cambios descritos en la sección anterior), dicho cambio no afectará su uso del medicamento hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de Medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios que lo afectarán durante el año del plan siguiente.

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 es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la hospitalización. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que cumplan todas nuestras reglas para la cobertura.

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

Por lo general, los centros de atención a largo plazo como los centros de convalecencia tienen su

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo, es posible que reciba sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro si la misma es parte de nuestra red.

Para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo pertenece a nuestra red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Si no pertenece o si necesita más información, comuníquese con Servicios al Miembro.

F3. Si se encuentra en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o medicamentos contra la ansiedad) que no están cubiertos por el centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal y las condiciones derivadas, antes de poder cubrir el medicamento, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor del centro de atención para pacientes terminales en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que deben estar cubiertos por nuestro plan, puede solicitar al proveedor de atención para pacientes terminales o al profesional que expide recetas que se aseguren de que recibamos una notificación que indique que dicho medicamento no está relacionado antes de solicitarle a una farmacia que surta la receta.

Si sale de un centro de atención para pacientes terminales, nuestro plan debería cubrir todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando su beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare finaliza, debe llevar a la farmacia documentación que verifique que abandona la atención para pacientes terminales. Consulte las partes anteriores de este capítulo en las que se informa sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a Medicare Part D.

Si quiere obtener más información sobre el beneficio de atención para pacientes terminales, consulte el Capítulo 4, Sección F1.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros 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:

- podrían no ser necesarios debido a que usted toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto;
- quizás no sean seguros para su edad o sexo;
- podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo;
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico;
- incluyen una cantidad no segura de medicamentos opioides para el dolor.

Si encontramos un posible problema en la utilización de medicamentos recetados, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes condiciones médicas y/o si está en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opioides de forma segura, puede ser elegible para recibir servicios sin costo alguno para usted, a través de un programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén contribuyendo a mejorar su salud. Si califica para el programa, 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 medicamentos que toma;
- las inquietudes que pueda tener, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos;
- la mejor forma de tomar sus medicamentos;
- las preguntas o los problemas que tenga relacionados con su receta médica y medicamento de venta libre

Usted recibirá un resumen escrito de esta discusión. Este resumen incluye un plan de acción para el uso de medicamentos con recomendaciones sobre qué puede hacer usted para aprovechar mejor sus medicamentos. También obtendrá una Lista de Medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y por qué los toma. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Es conveniente programar la revisión de medicamentos antes de su visita anual “de bienestar”, de modo que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y su Lista de Medicamentos. Lleve su plan de acción y su Lista de Medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención de salud. Además, lleve con usted su Lista de Medicamentos si acude a un hospital o sala de emergencia.

Los programas de administración de terapias de medicamentos son voluntarios y son gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo quitaremos del programa.

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

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

Superior STAR+PLUS MMP cuenta con un programa que puede ayudar a que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que pueden ser objeto de mal uso frecuentemente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que expiden recetas o farmacias, o si recientemente sufrió una sobredosis de opioides, podemos hablar con dichos profesionales para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con los profesionales que expiden recetas, si evaluamos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la manera en que los obtiene. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **en determinadas farmacias o a través de ciertos profesionales que expiden recetas;**
- **limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos en su caso.

Si consideramos que se le deberían aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de indicarnos a qué profesionales que expiden recetas o farmacias prefiere acudir y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos una vez que haya tenido la oportunidad de

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con el riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que expide recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos negando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una entidad de revisión independiente (IRE). (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación y sobre qué es la IRE, consulte la Sección F6 del Capítulo 9).

Es posible que la DMP no se aplique a usted si cumple con estos requisitos:

- sufre de determinadas condiciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes;
- está en un centro de atención para pacientes terminales o recibe cuidados paliativos o atención del final de la vida; o
- reside en un centro de cuidado a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 indica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por "medicamento" nos referimos a:

- medicamentos recetados de Medicare Part D; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid de Texas; **y**
- los medicamentos y productos 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 Part 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 recetados de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina "subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Para saber más acerca de los medicamentos recetados, puede buscar información en los siguientes lugares:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
 - A esta le llamamos "*Lista de Medicamentos*". Le informa:
 - qué medicamentos paga el plan;
 - en cuál de los tres niveles está cada medicamento;
 - si hay o no restricciones sobre el medicamento
 - Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios al Miembro. También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web mmp.superiorhealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html. La *Lista de Medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Capítulo 5 de este *Manual del Miembro*.
 - En el Capítulo 5, Sección A, se informa cómo obtener los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
 - Incluye las normas que deben cumplir. También se incluyen los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan.
 - En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, hay una lista de farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A.
 - Cuando utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicios al Miembro para obtener más información.

Índice

A. <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB)	172
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos	173
C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	174
C1. Niveles del plan.....	174
C2. Sus opciones de farmacias	175
C3. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo	175
C4. Qué paga usted	175
D. Vacunas	176
D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna	177

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



A. Explicación de Beneficios (EOB)

El plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados. 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. Nosotros llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **costos de desembolso**. Es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por sus medicamentos que requieren receta médica. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento de la Parte D cubierto, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, los pagos realizados para sus medicamentos por medio de Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Los **costos totales de medicamentos**. Es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos EOB para abreviar. En la EOB, hay más información sobre los medicamentos que toma. El EOB incluye:

- **Información para el mes**. El resumen le informa qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. Se muestran los costos totales por medicamentos, el monto pagado por el plan y lo que usted u otras personas, en su nombre, hayan pagado.
- **“Información del año hasta la fecha”**. Estos son sus costos totales de medicamentos y el total de pagos realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona que expide recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se considerarán para calcular los gastos de bolsillo totales.
- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que cubre el plan, consulte la *Lista de Medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados se surten y qué es lo que paga.

2. Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que ha pagado. 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 enumeran algunas situaciones en las cuales debería proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por medicamentos que son proporcionados por un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia no perteneciente a la red
- Cuando paga íntegramente el precio de un medicamento cubierto

Para saber cómo puede solicitarnos el reembolso del medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



3. Envíenos información sobre los pagos que otros realizaron por usted.

Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se tienen en cuenta para calcular sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a sus gastos de bolsillo.

4. Controle las EOB que le enviamos.

Cuando reciba la EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o que hay un error o si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro. En lugar de recibir una EOB en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una EOB electrónica (eEOB). Puede solicitarla en www.expressscripts.com. Si decide solicitar la promoción, recibirá un correo electrónico cuando su EOB electrónico esté listo para ver, imprimir o descargar. Las eEOB también se conocen como EOB no impresas. Estas eEOB son copias exactas (imágenes) de las EOB impresas. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de 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, siempre y cuando cumpla las normas del plan.

C1. Niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan pertenece a uno de tres niveles. Usted no tiene que pagar ningún copago por los medicamentos recetados y OTC que están en la *Lista de Medicamentos* de Superior STAR+PLUS MMP. Para conocer los niveles de sus medicamentos, consulte la *Lista de Medicamentos*.

- El Nivel 1 (Medicamentos Genéricos) incluye medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- El Nivel 2 (Medicamentos de Marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- El Nivel 3 (Medicamentos Recetados/OTC que no son de Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca recetados y de venta libre (OTC) que están cubiertos por Texas Medicaid. El copago es de \$0.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



C2. Sus opciones de farmacias

Cuánto paga por un medicamento depende de si recibe el medicamento en:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

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

Si quiere obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte la Sección A del Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

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

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al abastecer su receta. Un suministro a largo plazo se extiende hasta 100 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 de un medicamento, consulte la Sección A7 del Capítulo 5 o el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

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:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o hasta 100 días	El servicio de compra por correo del plan Un suministro de un mes o hasta 100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 30 días La cobertura es limitada en algunos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información.
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>
Nivel 2 (Medicamentos de Marca)	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>
Nivel 3 (Medicamentos Recetados/OTC que no son de Medicare)	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>

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

D. Vacunas

Mensaje importante sobre sus pagos de vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Part D comprende dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de **su aplicación**. Por ejemplo, a veces puede obtener la vacuna directamente de su médico.

D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que llame primero a Servicios al Miembro cuando decida aplicarse una vacuna.

- Podemos comentarle la cobertura de vacunación de nuestro plan.
- Podemos indicarle cómo mantener los costos bajos utilizando proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado 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 Part D.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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

En este capítulo se indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También se indica cómo hacer una apelación si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre una cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	179
B. Cómo enviar una solicitud de pago	181
C. Decisiones de cobertura	182
D. Apelaciones	183

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos que le hayan brindado. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si usted recibe una factura por atención de salud o por medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si los servicios o medicamentos tienen cobertura, le pagaremos al proveedor directamente.
- 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** tienen cobertura, se lo haremos saber.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe cómo proceder, nosotros podemos ayudarlo. También puede contactarse si desea proporcionar más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se incluyen ejemplos de situaciones en las que puede solicitarle a nuestro plan el reembolso o pago de una factura recibida:

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 facture los servicios al plan.

- Si usted paga el monto total del servicio de atención, solicítenos que le reembolsemos el dinero. Envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó.
 - Si se le debe algo al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado por el servicio, se lo reembolsaremos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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 ID de miembro de Superior STAR+PLUS MMP para obtener cualquier servicio o medicamento recetado. Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más del monto de costos compartidos del plan por los servicios prestados, se considera una facturación inadecuada o inapropiada. **Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura.**

- 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.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíela a nosotros. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó. Le reembolsaremos lo que corresponda a los servicios cubiertos.

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

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 la Sección A8 del Capítulo 5 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre el precio que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

Si no tiene su tarjeta de identificación (ID) de miembro 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 encontrar la información necesaria enseguida, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan o puede estar sujeto a un requisito o a una restricción que usted no conocía o no considera que deba aplicarse a su caso. Si decide comprar el medicamento, es probable que tenga que pagar el costo total.
 - Si usted no paga el medicamento, sino que considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4).
 - Si usted y el médico u otro profesional que expide recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, quizás precisemos obtener más información por parte de su médico u otro profesional que expide recetas a fin de reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es superior que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento están cubiertos. Esto es realizar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos por el servicio o el medicamento. Si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

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

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó. La constancia de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo entregado por el 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Para asegurarse de proporcionarnos toda la información necesaria para que podamos tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (mmp.SuperiorHealthPlan.com/mmp/resources.html) o llamar a Servicios al Miembro y solicitarlo.

Para medicamentos de la Parte D: Envíe por correo las solicitudes de pago, junto con cualquier factura o recibo, a la siguiente dirección:

Superior STAR+PLUS MMP
Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Para medicamentos de la Parte D, debe enviarnos la reclamación en el plazo de 3 años a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Para servicios médicos, artículos y medicamentos que pertenecen a la Parte D: Envíe por correo las solicitudes de pago, junto con cualquier factura o recibo, a la siguiente dirección:

Superior STAR+PLUS MMP
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Para servicios médicos, artículos y medicamentos que no pertenecen a la Parte D, debe enviarnos la reclamación en el plazo de 1 año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

C. Decisiones de cobertura

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

Además, si corresponde, decidiremos el monto que debe abonar por la atención de salud o los medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Le haremos saber si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos, y que usted cumplió con todas las reglas para obtenerlos, nos haremos cargo del pago. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el monto que pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es superior que nuestro precio negociado). Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, Sección B, se explican las normas para obtener servicios cubiertos. En el Capítulo 5, Sección A, se explican las reglas para obtener medicamentos recetados de Medicare Part D cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta en la que se explicarán los motivos. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.

D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que reveamos nuestra decisión. Esto se denomina presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si quiere obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D.

- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención de salud, consulte la Sección E5 del Capítulo 9.
- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la Sección F5 del Capítulo 9.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, se explican sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades	185
B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma	188
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	190
C1. Cómo protegemos su PHI	190
C2. Su derecho a ver sus expedientes médicos	191
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos	199
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted	201
F. Su derecho a abandonar el plan	201
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud	201
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud	201
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud	202
G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones	204
H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	204
H1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos	204
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	205

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, 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.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. En Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en español o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:
 - Si quiere recibir sus materiales en español o bien en un formato alternativo.
 - Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Superior STAR+PLUS MMP, al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera 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 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.
- Medicaid en la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) al 1-866-566-8989 (TTY: 1-800-735-2989). Si quiere presentar la queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team, MC H-700
PO Box 13247
Austin, TX 78711-3247

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

- La Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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;
- Certificado 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.

Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure that **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish and in formats such as large print, braille, or audio.
- Superior STAR+PLUS MMP wants to make sure you understand your health plan information. We can send required materials to you in a language other than English or in alternate formats if you ask for it this way. This is called a “standing request.” We will document your choice for future required mailings and communications. Please call us if:
 - You want to get your materials in a language other than English or in an alternate format.
 - or
 - You want to change the language or format of the materials we send you.

If you need help understanding your plan materials, please contact Superior STAR+PLUS MMP Member Services at 1-866-896-1844 (TTY: 711). Hours are 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.

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.

Medicaid at the Health and Human Services Commission (HHSC) at 1-866-566-8989 (TTY: 1-800-735-2989). If you would like to make your complaint in writing, send it to:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team, MC H-700
PO Box 13247
Austin, TX 78711-3247

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

- Office of Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



because of any of the following:

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

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a la oportunidad de elegir un plan de salud y un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.
- Un PCP es el médico o proveedor de atención de salud que utilizará la mayor parte del tiempo y que coordinará su atención. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3, Sección D1.
 - Llame a Servicios al Miembro o busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información acerca de los proveedores de la red y para conocer qué médicos aceptan pacientes nuevos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- 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;
 - 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 médico especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión del médico. Una remisión del médico es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos por parte de los proveedores dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a acceder a servicios de especialistas de forma oportuna.
 - Si no puede acceder a los servicios dentro de plazos razonables, debemos pagar por atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin 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.
- 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 obstáculos 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 7 días

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- 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;
 - 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 incapacidad 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.

En el Capítulo 9, Sección E, se informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el Capítulo 9, Sección D, también se 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 personal de salud (PHI)

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo establecido por leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito donde se mencionan estos derechos. El aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”. En el aviso también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

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

Con excepción de los casos que se indican a continuación, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde atención ni pague su atención. Para hacerlo, debemos obtener previamente su consentimiento por escrito. La autorización por escrito puede ser otorgada por usted o por alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



En determinados casos no tenemos que obtener previamente su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

- Estamos obligados a divulgar la PHI a agencias del Gobierno que verifican nuestra calidad de atención.
- Estamos obligados a proporcionar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación u otros usos, esto se hará de conformidad con leyes federales.

C2. Su derecho a ver sus expedientes médicos

Tiene derecho a ver sus registros médicos y recibir una copia de sus registros.

Tiene derecho a solicitar que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si usted lo solicita trabajaremos con su proveedor de atención de salud para decidir si corresponde hacer estos cambios.

Tiene derecho a saber si su PHI se compartió con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su PHI, llame a Servicios al Miembro.

Para proporcionar a Superior STAR+PLUS MMP su autorización por escrito para divulgar la PHI, también puede visitar <https://www.superiorhealthplan.com/AuthToDisclose>.

Llame a Servicios al Miembro si quiere obtener copias de sus expedientes médicos, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

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

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO DETENIDAMENTE.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al 1-866-896-1844.

Personas sordas y con problemas de audición (TTY: 711).

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-866-896-1844. (TTY: 711).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Deberes de las entidades cubiertas:

Superior Health Plan 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 (HIPAA) de 1996. Superior STAR+PLUS MMP tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI), proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigencia, y avisarle en caso de una violación de su PHI no segura. Superior STAR+PLUS MMP podría crear, recibir o mantener su PHI en formato electrónico, y esa información queda sujeta a divulgación por vía electrónica.

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI, que incluye información relacionada con la raza, etnia, idioma, identidad de género y orientación sexual. También describe sus derechos de acceder, modificar y gestionar su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este aviso se harán solo con su autorización por escrito.

Superior STAR+PLUS MMP se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer entrar en vigor el aviso revisado o modificado para su PHI que ya tenemos y para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Superior STAR+PLUS MMP revisará y distribuirá este aviso con prontitud cada vez que se produzca un cambio significativo en lo siguiente:

- Los usos o las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad estipuladas en el aviso.

Pondremos a disposición en nuestra página web o por correo postal separado cualquier aviso revisado.

Protecciones internas de PHI verbal, escrita y electrónica:

Superior STAR+PLUS MMP protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, origen étnico e idioma (race, ethnicity and language, REL) y orientación sexual e identidad de género (sexual orientation and gender identity, SOGI). Contamos con procesos de privacidad y seguridad para ayudar.

Estas son algunas de las formas en las 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- 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 detalla cómo podemos utilizar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporciona tratamiento a usted, para coordinar su tratamiento entre los proveedores, o para que nos ayuden en la toma de decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que recibió. Podemos divulgar su PHI a otro plan médico, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a reglas de privacidad federales para sus fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir:
 - procesamiento de reclamaciones
 - determinación de elegibilidad o cobertura para reclamaciones
 - emisión de facturación de primas
 - evaluación de servicios de necesidad médica
 - llevar a cabo una evaluación del uso de reclamaciones
- **Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
 - prestación de servicios al cliente
 - respuesta a quejas y apelaciones
 - Proporcionar administración de la atención y coordinación de la atención.
 - evaluaciones médicas de reclamaciones y otras evaluaciones de calidad
 - actividades de mejoramiento

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos escritos para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos revelar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las normas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento
- revisión de competencias o antecedentes de los profesionales de la salud;
- gestión de casos y coordinación de atención
- detección o prevención del fraude y del abuso en la atención médica.

Su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas del plan de salud y las leyes. Esto significa que la información que usted proporciona se mantiene privada y protegida. Solo podemos compartir esta información con proveedores de atención médica. No se compartirá con otras personas sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de la atención y los servicios. Esta información nos ayuda a:

- Comprender mejor sus necesidades de atención médica.
- Conocer su preferencia de idioma cuando visite a profesionales de atención médica.
- Proporcionar información de atención médica para satisfacer sus necesidades de atención.
- Ofrecer programas para ayudarle a alcanzar la mejor salud.

Esta información no se utiliza con fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si usted puede recibir cobertura o servicio.

- **Divulgaciones al patrocinador del plan/plan de salud de grupo:** podemos divulgar su PHI a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleador u otra entidad que le ofrezca un programa de atención de salud, si el patrocinador está de acuerdo con determinadas restricciones sobre el uso y la divulgación de la información de salud protegida (tal como aceptar no usar la información de salud protegida para tomar medidas o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas u obligatorias de su PHI:

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos como, por ejemplo, recaudar dinero para ayudar a una fundación caritativa u otra organización similar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted por las actividades de recaudación, le daremos la oportunidad de no participar o de dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro..
- **Propósitos de suscripción de seguro:** podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción de seguro, como para realizar una determinación acerca de una solicitud de cobertura o petición. Si usamos o divulgamos su PHI para propósitos de suscripción de seguro, se nos prohíbe usar o divulgar su PHI que constituye información genética en el proceso de suscripción de seguro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento:** podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle una cita de tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o bajar de peso.
- **Según lo exija la ley:** Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de dicha ley. Si dos o más leyes o regulaciones que rigen el mismo uso o divulgación están en conflicto, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivas.
- **Actividades de salud pública:** podemos revelar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para asegurar la calidad, seguridad o eficacia de productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de abuso y negligencia:** podemos revelar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial. También es posible que debamos divulgar su PHI para responder a lo siguiente:
 - una orden de un tribunal
 - un tribunal administrativo
 - una notificación
 - una citación
 - una orden judicial
 - una solicitud de descubrimiento
 - otras solicitudes similares
- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su PHI relevante a agentes de la ley cuando se requiera que lo hagamos en respuesta a un delito.
- **Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos revelar su PHI a un forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que puedan llevar a cabo sus deberes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- **Donación de órganos, ojos y tejidos:** podemos revelar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a los que trabajan en adquisición, banca o trasplante de:
 - órganos cadavéricos
 - ojos
 - tejidos
- **Amenazas para la salud y la seguridad:** podemos utilizar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar su PHI:
 - a funcionarios federales autorizados por cuestiones de seguridad nacional;
 - actividades de inteligencia;
 - al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica
 - para la protección del presidente u otras personas autorizadas según lo exija la ley.
- **Compensación a los trabajadores:** podemos revelar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación a los trabajadores u otros programas similares, establecidos por la ley, que proporcionan beneficios para las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- **Situaciones de emergencia:** podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo personal cercano, agencia de ayuda humanitaria autorizada o cualquier otra persona que usted identifique anteriormente. Usaremos criterio y experiencia profesional para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Si es lo mejor para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona que lo cuida.
- **Reclusos:** si es un recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un agente de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución penitenciaria o al agente de la ley, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención de salud; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución penitenciaria.
- **Investigación:** en determinadas circunstancias, podemos revelar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas salvaguardias para garantizar la privacidad y la protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Tenemos la obligación de obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

Venta de PHI: solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, significando recibimos una compensación por la divulgación de PHI de esta manera.

Marketing: solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI para fines de marketing con excepciones limitadas, como, por ejemplo, cuando tengamos comunicaciones frente a frente de marketing con usted o cuando proporcionemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia: solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que pudiéramos tener en nuestros expedientes con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Derechos de los individuos:

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros usando la información al final de este aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** Puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito. La revocación entrará en vigor de inmediato, excepto cuando ya hayamos tomado medidas según la autorización y antes de recibir su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones de uso y divulgación de su PHI en caso de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como las divulgaciones a personas involucradas en su atención o pago de la atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y especificar a quiénes se aplica la restricción. No es necesario que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para pago u operaciones de atención médica a un plan médico cuando usted haya desembolsado el total por el servicio o artículo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** usted tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI en métodos o lugares alternativos. Este derecho se aplica únicamente si no comunicar la información en los métodos o lugares

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



alternativos que desea puede ponerlo en peligro. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información puede ponerlo en peligro si no se modifica el método o el lugar de la comunicación. Debemos aceptar su solicitud si es razonable y si indica el medio o lugar alternativo donde se debe comunicar su PHI.

- **Derecho a acceder y obtener copias de su PHI:** usted tiene el derecho, con excepciones limitadas, de leer u obtener copias de la PHI incluida en un expediente designado. Puede solicitar que le entreguemos copias en formatos que no sean fotocopias. Le entregaremos la información en el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo en la práctica. Deberá presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su pedido, le presentaremos una explicación por escrito y le indicaremos si se pueden evaluar las razones de la denegación y, de ser así, cómo solicitar dicha evaluación, o si no se puede evaluar la denegación.
- **Derecho a modificar su PHI:** usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que usted desea modificar y el creador de la PHI puede realizar la modificación. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a recibir un recuento de las divulgaciones:** usted tiene derecho a recibir una lista de los casos, dentro del período de los últimos seis años, en que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a divulgaciones para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted autorizó, ni a ciertas otras actividades. Si solicita esto más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a presentar una reclamación:** si considera que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos incumplido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una reclamación por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



También puede presentar un reclamo ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. Asimismo, puede llamar al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-537-7697) o visitar www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/what-to-expect/index.html.

NO TOMAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN SU CONTRA POR PRESENTAR UNA QUEJA.

- **Derecho a recibir una copia de este aviso:** puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento usando la lista de información de contacto al final del aviso. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa del aviso.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede contactarnos por escrito o por teléfono a 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 miembro de Superior STAR+PLUS MMP, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla inglés, contamos con un servicio de interpretación gratuito para responder cualquier consulta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para solicitar un intérprete, simplemente llame al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. This is a free service. Además tenemos material impreso disponible en español. También podemos ofrecerle la información en formato de letra grande, en braille o en audio.

Superior STAR+PLUS MMP quiere asegurarse de que usted comprende la información de su plan de salud. Podemos enviarle los materiales necesarios en otro idioma que no sea inglés o en formatos alternativos si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Documentaremos su elección para correos y comunicaciones que se necesiten en el futuro.

Llámenos en los siguientes casos:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Desea obtener sus materiales en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.
O bien
- Desea cambiar el idioma o el formato de los materiales que le enviamos.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Miembro de Superior STAR+PLUS MMP al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Comuníquese con Servicios al Miembro si desea obtener información acerca de cualquiera de las siguientes opciones:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Programa de Mejoramiento de Calidad
- Nuestro plan, incluidos estos datos:
 - información financiera
 - qué calificación tiene el plan según los miembros del plan;
 - cuántas apelaciones presentaron los miembros
 - cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluidos estos datos:
 - cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de la red
 - una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*; Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web, mmp.superiorhealthplan.com/prescription-drug-part-d/formulary.html.
- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y las normas que debe cumplir, que incluyen lo siguiente:
 - servicios y medicamentos cubiertos por el plan;
 - límites de cobertura y medicamentos

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- 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 (consulte el Capítulo 9, Sección E3), que incluye solicitarnos lo siguiente:
 - poner por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto
 - cambiar una decisión que hayamos tomado
 - pagar una factura que recibió.

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden cobrarle por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos un monto menor que lo que nos cobró el proveedor. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, Sección A.

F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a que permanezca en nuestro plan si no desea hacerlo. Puede abandonar el plan en cualquier momento del año.

- Tiene derecho a acceder a la mayoría de los servicios de atención médica a través de los planes de Medicare Original o Medicare Advantage.
- Puede acceder a beneficios para medicamentos recetados de Medicare Part D a través de un plan de fármacos recetados o un plan de Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10, Sección A, para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados nuevo.
- Si abandona el plan de Medicare-Medicaid, permanecerá en nuestro plan solo de Medicaid para recibir los servicios de Texas Medicaid, o bien podrá elegir otro plan de salud solo de Medicaid. Consulte el Capítulo 10, Sección D2, para obtener más información sobre cómo elegir otro plan de salud solo de Medicaid.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Usted tiene derecho a obtener toda la información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud. Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene el derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe acerca de todos los tipos de tratamientos independientemente del costo o de los beneficios de la cobertura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a ser informado acerca de cualquier riesgo inherente. Debe ser informado con anterioridad si cualquier servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Decir que “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse del hospital u otro centro médico, incluso cuando su médico le aconseje no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no se cancela su plan. Sin embargo, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted será totalmente responsable de lo que le suceda.
- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor le negó atención médica que cree que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisiones de cobertura. En el Capítulo 9, Sección F4, se 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 por sí mismas sobre su atención de salud. Antes de que eso le suceda, puede:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Completar un formulario por escrito para delegar en alguien el derecho a tomar decisiones acerca de la atención de salud.
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención de salud en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar esas instrucciones se denomina instrucción anticipada. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder notarial para la atención de salud.

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 notarial duradero para atención de salud: 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.
- Orden de no reanimar fuera del hospital (por escrito o no): esta orden le indica al médico lo que debe hacer en caso de que se encuentre al borde de la muerte. En el estado de Texas, el médico debe cumplir con esta solicitud si usted está en estado crítico.

No es obligatorio hacer uso de las instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo si así lo desea. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario a través de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Texas Medicaid, como la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas, también pueden tener los formularios de instrucción anticipada. Puede comunicarse con la HHSC al 1-866-566-8989 (TTY: 1-800-735-2989) o a través de su sitio web, en hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/advance-directives. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Miembro para solicitar los formularios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar la opción de tener un abogado para que le ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Es posible que quiera que sus amigos cercanos o los miembros de la familia tengan también una copia. Conserve una copia en su hogar.
- Si usted será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve al hospital una copia con usted.**

En el hospital le preguntarán si tiene firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo trajo.

Si usted no firmó ese formulario, el hospital dispone de formularios y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una directiva anticipada.

G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no ha seguido sus indicaciones, puede presentar un reclamo ante la HHSC por teléfono al 1-866-566-8989 (TTY: 1-800-735-2989) o en su sitio web, en <https://hhs.texas.gov/>. También puede presentar un reclamo ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) o a través de su sitio web, <http://www.medicare.gov>. Medicare.gov Live Chat está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto algunos feriados nacionales.

H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

En el Capítulo 9, Sección C, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. También tiene derecho a una audiencia imparcial ante el estado en cualquier momento.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame a Servicios al Miembro.

Tiene derecho a recibir una respuesta oportuna a su reclamo.

H1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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 el Capítulo 11, o si quiere obtener más información acerca de sus derechos, llame a los siguientes recursos:

- Servicios al Miembro.
- 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 (HICAP) de Texas. Para obtener detalles sobre esta organización y su información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección F1.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en 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 Texas Medicaid al teléfono: 1-877-782-6440 o TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del centro
- Oficina de la Defensoría de la HHSC, al teléfono: 1-866-566-8989 (TTY: 1-800-735-2989), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de realizar las acciones que se indican a continuación. Además, tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de los derechos y las responsabilidades de los miembros a Superior STAR+PLUS MMP. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Lea el *Manual del Miembro*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información acerca de lo siguiente:
 - Servicios cubiertos; consulte el Capítulo 3 y el Capítulo 4. En esos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué normas debe respetar y qué es lo que paga.
 - Medicamentos cubiertos; consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted haga uso de todas sus opciones de cobertura al momento de recibir atención médica. Si tiene otra cobertura, llame a Servicios al Miembro.
- **Informar al médico y a otros proveedores de atención de salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores de atención de salud a que le puedan brindar la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que hayan acordado con los proveedores. Participe en la definición de objetivos de común acuerdo.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que usted esté tomando. Quedan comprendidos los medicamentos con receta, sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Cuando tenga alguna duda, asegúrese de preguntarla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que sea comprensible para usted. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También pretendemos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y las oficinas 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 miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Las primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Superior STAR+PLUS MMP, Medicaid paga las primas de la Parte A y de la Parte B.
 - **Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de algún servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección D, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicios, ya no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden obtener Superior STAR+PLUS MMP. En el Capítulo 1, Sección D, se informa sobre nuestra área de servicios.
 - Podemos ayudarle a determinar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva localidad. Podemos informarle si disponemos de un plan en su nueva área.
 - Además, asegúrese de informarles a Medicare y Medicaid de Texas acerca de su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Sección H y Sección I, para encontrar los números de teléfono de Medicare y Texas Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicios, también debemos estar al tanto.** Tenemos que mantener actualizado el registro de su membresía y saber cómo contactarlo.
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda.
- 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 médico 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.
- Usted es responsable cuando utiliza servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT). Esto incluye la siguiente responsabilidad:
 - Proporcione la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte. (También debe comunicarse con la persona lo antes posible si cambia algo y ya no necesita el servicio de NEMT).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Siga todas las normas y regulaciones que afectan sus servicios de NEMT.
- Sea respetuoso. (No abuse ni acose verbal, sexual ni físicamente a nadie mientras solicita o recibe servicios de NEMT).
- Devuelva los fondos adelantados que no se utilizaron. (Proporcione una prueba de que asistió a su cita médica antes de recibir fondos por adelantado en el futuro).
- Mantenga seguros los boletos o las fichas de autobús. (No los pierda. Solo utilice los boletos o las fichas de autobús para ir a su cita médica y devuelva los que no utilice).
- Utilice los servicios de NEMT **solo** para viajar hacia y desde sus citas médicas.
- Comuníquese con la línea de servicios de NEMT de inmediato al 1-855-932-2318 (TTY: 711) si le roban o extravía sus boletos. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
- Si cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame al número gratuito del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). También puede encontrar información sobre la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en línea, en www.hhs.gov/ocr.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o reclamo con respecto a su plan.
- Necesita un servicio, un artículo o un medicamento que su plan indique que no pagará.
- Está en desacuerdo con una decisión que su plan ha tomado sobre su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos 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 se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y el 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 reclamos, pero siempre puede llamar a la Oficina de la Defensoría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si necesita asesoramiento sobre su problema.

Si quiere conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de contacto, consulte la Sección J del Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema	212
A1. Acerca de los términos legales	212
B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda	212
B1. Dónde puede obtener más información y asistencia	212
C. Problemas relacionados con sus beneficios	214
C1. Cómo usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo.....	214
D. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	214
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones	214
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	215
D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará	216
E. Problemas con la atención médica	218
E1. Cuándo utilizar esta sección	218
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	219
E3. Apelación de Nivel 1 para atención médica (no medicamentos de la Parte D).....	222
E4. Apelación de Nivel 2 para atención médica (no medicamentos de la Parte D).....	226
E5. Problemas con pagos	231
F. Medicamentos de la Parte D.....	233
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitar un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	233
F2. Qué es una excepción	234
F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones	235
F4. 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.....	237

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	240
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	243
G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada.....	244
G1. Información sobre sus derechos de Medicare.....	245
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	246
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	248
H. Qué hacer si considera que sus servicios de atención de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.....	249
H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura	250
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención	250
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención	253
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	254
I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare.....	254
I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid de Texas.....	254
J. Cómo presentar un reclamo.....	255
J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos.....	255
J2. Quejas internas.....	256
J3. Reclamos externos	258

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



A. Qué debe hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid de Texas aprobaron estos procesos. Cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que deben ser cumplidos por nosotros y por usted.

A1. Acerca de los términos legales

Algunas reglas y plazos en este capítulo utilizan términos legales difíciles. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo cual hemos empleado palabras más simples en lugar de algunos términos jurídicos. Usamos abreviaciones lo menos posible.

Por ejemplo, diremos:

- “hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse más claramente, así que también los proporcionamos.

B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y asistencia

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para gestionar un problema. Esto puede ser específicamente cierto si no se siente bien o si sus energías son limitadas. Otras veces, es posible que usted no tenga los conocimientos necesarios para dar el paso siguiente.

Puede obtener ayuda a través de la Oficina de la Defensoría del Departamento de Salud y Servicios Humanos 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, 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. Allí pueden ayudarlo a entender qué proceso usar. 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 HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para lidiar con su problema. SHIP no está relacionado 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 1-800-252-9240 y su sitio web es <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para solicitar ayuda con problemas. Estas son dos formas 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 en 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 en www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home.

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 el condado de Hidalgo, al 1-888-988-9996 (TTY: 711).
- Legal Aid of Northwest Texas para el condado de Dallas al 1-214-748-1234 (TTY: 711)
- Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): Acentra Health al 1-888-315-0636 (TTY: 711). si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 2

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



C. Problemas relacionados con sus beneficios

C1. Cómo usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo.

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o reclamos.

<p>¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?</p> <p>Esto incluye problemas sobre si la atención médica particular (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, sobre la forma en que está cubierta y sobre los problemas relacionados con el pago de la atención médica.</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.</p> <p>Pase a la Sección J: “Cómo hacer un reclamo”.</p>

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B como **atención médica**.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión sobre la cobertura es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión sobre la cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos.

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?

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura 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 apelar.

D2. 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 pedirle ayuda a alguna de las siguientes tres personas:

- Llame a **Servicios al Miembro** al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida 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 (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 1-800-252-9240.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden pedir una decisión sobre la cobertura o hacer una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o con un familiar** y pídale que lo represente. Usted puede nombrar a otra persona para que actúe por usted 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 a Servicios al Miembro y pida el formulario de "Designación de un Representante".
 - También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en mmp.superiorhealthplan.com/appeals-grievances/authorized-representative.html. El formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- **Usted también tiene derecho a solicitarle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de referencia. Algunas organizaciones jurídicas le brindarán servicios jurídicos gratuitos si reúne los requisitos. Si quiere que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario de Designación de un Representante.
 - Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar decisiones sobre la cobertura o para hacer una apelación.

D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Separamos este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que debe seguir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- En la Sección E, se brinda información si tiene problemas en relación con la atención médica (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, consulte esta sección si:
 - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención.
 - No aprobamos atención médica que su médico desea ofrecerle, y usted cree que esta atención debería estar cubierta.
 - **NOTA:** Solo utilice la Sección E si se trata de medicamentos **no** cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Lista de Medicamentos*, que estén señalados con “NT” no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para conocer sobre las apelaciones por medicamentos de la Parte D.
 - Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta, pero no pagamos por esta.
 - Recibió y pagó atención médica que pensó que estaba cubierta y quiere solicitar un reembolso.
 - Le dicen que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se detendrá, y usted está no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se suspende es para servicios de atención hospitalaria, atención de salud en el hogar, atención en un centro de

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer una sección aparte de este capítulo, debido a que se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Consulte las Secciones G y H.

- Su solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud por usted, pero no nos ha dado exámenes de que usted aceptó permitirles hacer la solicitud o si solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de desestimación. Esta revisión es un proceso formal que se denomina apelación.
- En la Sección F, se brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, consulte esta sección si:
 - Desea solicitarnos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*.
 - Desea solicitarnos que omitamos los límites de la cantidad del medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa (PA) o aprobación.
 - No aprobamos su solicitud o excepción y usted, su médico u otro profesional que expide recetas piensan que deberíamos haberlo hecho.
 - Desea solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Este es un pedido de una decisión sobre la cobertura con respecto al pago).
- En la Sección G, se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto. Consulte esta sección si:
 - Está en el hospital y considera que el médico le solicitó que abandone el hospital demasiado pronto.
- En la Sección H, se brinda información en caso de que considere que la atención de salud en el hogar, la atención en centros de enfermería especializada y los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Oficina de la Defensoría de la HHSC, al 1-866-566-8989.

E. Problemas con la atención médica

E1. Cuándo utilizar esta sección

En esta sección, se indica qué hacer si tiene problemas con los beneficios para atención médica, como servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios de atención a largo plazo. También puede utilizar esta sección para problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Part B. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* que están señalados con “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para conocer sobre las apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

¿Qué puede hacer?: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la Sección E2 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención médica que su médico desea brindarle, y usted cree que deberíamos haberlo hecho.

¿Qué puede hacer?: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió atención médica que considera que cubrimos, pero no pagaremos.

¿Qué puede hacer?: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó atención médica que pensó que estaba cubierta y quiere solicitar un reembolso por los servicios o artículos.

¿Qué puede hacer?: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Consulte la Sección E5 para obtener información sobre cómo solicitarnos el pago.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



5. Redujimos o detuvimos su cobertura de atención médica, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

¿Qué puede hacer?: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se cancelará corresponde a atención hospitalaria, servicios de cuidado médico domiciliario, servicios de enfermería especializada o servicios de rehabilitación ambulatoria (CORF), se aplican normas especiales. Consulte las Secciones G o H para obtener más información.

E2. 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, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos a: 1-866-896-1844, TTY: 711; para conocer los horarios de atención, consulte la parte inferior de la página.
- Puede enviarnos un fax a: 1-877-808-9368.
- Puede escribirnos a:

Superior STAR+PLUS MMP
Appeals & Grievances
Medicare Operations
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450

¿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 Part B. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part 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 Part B), puede presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos la decisión en un 1 día hábil (o en 24 horas para los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B).

El término legal para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al 1-866-896-1844 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. También puede enviarnos un fax al 1-877-808-9368. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- También puede solicitar que su médico o su representante nos llamen.

Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir estos dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solamente si solicita cobertura de artículos o servicios médicos que aún no ha recibido.** (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si solicita el pago de artículos o servicios que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si el plazo estándar de 3 días hábiles (o de 72 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B) podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales.**
 - Si su médico dice que necesita una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos una automáticamente.
 - Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, 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 Part B).
- Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la daremos.
- La carta también le indicará cómo presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.

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 lo **rechazamos**, usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión presentando una apelación. Hacer una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la sección a continuación para más información).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



E3. Apelación de Nivel 1 para atención médica (no medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura 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 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) 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 para nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor será alguien que no tomó la decisión sobre la cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le informaremos de la 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 comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante debe comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida 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 A.

- Puede solicitarnos una "apelación normal" o una "apelación rápida".

Resumen: ¿Cómo presentar una apelación de Nivel 1?

Usted, su médico o su representante pueden asentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **en un plazo de 65 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, 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 saber qué plazo aplica a su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviar su solicitud a la siguiente dirección:

Superior STAR+PLUS MMP
Attn: Appeals and Grievances -- Medicare Operations
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450
 - También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

El término legal para “apelación rápida” se conoce formalmente como “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 el Formulario de Designación de un Representante. El formulario le otorga permiso a esa otra persona para actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, su solicitud de apelación será rechazada. En tal caso, tendrá derecho a que otra persona revise la denegatoria. Le enviaremos un aviso escrito en el que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

Para obtener el Formulario de Designación de Representante, llame a Servicios al Miembro y solicite uno, o bien, visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. También puede visitar nuestro sitio web: mmp.superiorhealthplan.com/appeals-grievances/authorized-representative.html.

Si la apelación la presenta alguien que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de Designación de 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 tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de un motivo justificado son: usted tenía una enfermedad grave o le di la información errónea acerca del plazo para presentar una apelación. Debe explicar el motivo por el que su apelación no cumplió el plazo cuando haga su 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?” para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

Sí. Para solicitar una copia gratuita, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida 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 proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego, verificamos si cumplimos con todas las normas cuando **rechazamos** 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.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela 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 Part B). Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su afección de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días corridos (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B) o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelación si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará si esto sucede. 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 E4.

Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días corridos a partir de la recepción de su apelación (o de 7 días corridos desde la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B).

Si rechazamos total o parcialmente 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 E4.

¿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 daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- 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 apelación si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará si esto sucede. 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 E4.

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 total o parcialmente 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 E4.

¿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 hábiles a partir de la fecha del envío de nuestro Aviso de Acción; o
- En la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción.

Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

E4. Apelación de Nivel 2 para atención médica (no medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza en el Nivel 1, ¿cuál es el paso siguiente?

- Si **rechazamos** total o parcialmente su 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 su problema se trata de un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (IRE) tan pronto como la apelación de Nivel 1 esté completa.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- 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 el Estado”) a la División de Apelaciones de la HHSC de Texas. La carta le indicará 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 el estado”) 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 (IRE). La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es un organismo gubernamental. Medicare supervisa su trabajo. La apelación de Nivel 2 de Medicaid de Texas se denomina “audiencia imparcial ante el estado”. Las solicitudes de audiencia imparcial ante el estado se presentan a Superior STAR+PLUS MMP, pero son revisadas por 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 quiere solicitar una audiencia imparcial ante el estado, debe comunicarse con Superior STAR+PLUS MMP por escrito. Le enviaremos su solicitud de audiencia imparcial ante el estado a la División de Apelaciones de la HHSC. Usted o su representante deben solicitar una audiencia imparcial ante el estado **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. Si estamos deteniendo o reduciendo un servicio, puede seguir recibiendo el servicio mientras se revisa su caso. Para calificar, debe solicitar una audiencia imparcial ante el estado en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la fecha del aviso en el que se le informe que rechazamos su apelación. Si continuamos o restablecemos los beneficios a petición suya, y el funcionario de la audiencia imparcial ante el estado no aprueba la solicitud de continuación de servicios, no continuaremos recuperando el pago de esos servicios sin el permiso por escrito de la HHSC.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Envíe su solicitud por escrito a:

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

También puede llamar al Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Podemos ayudarlo con esta solicitud. Si necesita una decisión rápida debido a su salud, debe llamar a Servicios al Miembro para solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada.

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 ante el Estado 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 califica para una audiencia imparcial ante el estado 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 entidad de revisión independiente (IRE) leerá detenidamente la decisión de Nivel 1 y determinará si debe ser modificada.

- No es necesario que solicite la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente a la IRE cualquier negativa (total o parcial). Se le notificará si esto sucede.
- La IRE tiene contrato con Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su expediente llamando al Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera 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 IRE debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que reciba su apelación (o en un plazo de 7 días calendario a partir del

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



momento en que reciba la apelación para un medicamento recetado de Medicare Part B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo puede beneficiar, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una “apelación rápida” en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas desde el momento en que obtenga su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo puede beneficiar, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part 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 ante el estado. Las solicitudes de audiencia imparcial ante el estado se presentan a Superior STAR+PLUS MMP, pero las revisa la División de Apelaciones de la HHSC. Siga las instrucciones.

¿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 apelación de Nivel 2.

Si el problema está relacionado con un servicio cubierto **solo por Medicaid de Texas**, sus beneficios para el servicio continuarán durante la apelación 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; **y**
- Solicita la apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial ante el estado) dentro de los 10 días hábiles 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial ante el estado) fue a la División de Apelaciones de la HHSC, esta le notificará 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 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 llama "confirmar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), le enviará una carta en la que se explique su decisión.

- Si la IRE **acepta** total o parcialmente su solicitud en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que obtengamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o proporcionarle el servicio o el artículo en un plazo de 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** total o parcialmente su solicitud en su apelación estándar para un medicamento recetado de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Part B en un plazo de 72 horas posteriores a obtener la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Part B en un plazo de 24 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** total o parcialmente su solicitud, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama "confirmar la decisión". También se le llama "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 tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Si su apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial ante el Estado) 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 entidad de revisión independiente (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 explicará los derechos adicionales de apelación que pueda tener.

Consulte la Sección I para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

E5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de cualquier factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. **Usted no debe pagar la factura.** Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.

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 deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos 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. Pero si la paga, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si está solicitando que se le devuelva el dinero, está solicitando una decisión sobre la 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 normas, le enviaremos el pago del servicio o artículo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Si usted todavía no ha pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si no siguió las reglas, le enviaremos una carta en la que se le indicará que no pagaremos por el servicio o artículo, y le explicaremos por qué.

¿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 E3. Cuando siga las instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por escrito si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó 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 llama “confirmar la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación”). La carta que recibirá explicará los derechos adicionales de apelación 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 I para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Texas Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo (consulte la Sección E4).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



F. Medicamentos de la Parte D

F1. 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 miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos Part D". Hay algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre, pero que Medicaid de Texas puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

En la Lista de Medicamentos, se incluyen algunos medicamentos marcados como "NT". Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo "NT" siguen el proceso descrito en la Sección E.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos* del plan;
 - Solicitarnos que omitamos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como los límites a la cantidad que puede obtener de un medicamento).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está en la *Lista de Medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede abastecerse, recibirá un aviso en el que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

El término legal para una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D se conoce formalmente como "**determinación de la cobertura**".

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



nuestra decisión. Esta Sección le indica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Utilice la tabla a continuación para que le ayude a decidir qué sección contiene la información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> o necesita que hagamos una excepción a una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p>	<p>¿Quiere que incluyamos un medicamento en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> y cree que cumple con las normas o restricciones de algún plan (como la de obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p>	<p>¿Desea que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que sea cubierto o pagado?</p>
<p>Puede solicitar que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).</p>	<p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p>	<p>Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos).</p>
<p>Comience con la Sección F2. Consulte también las Secciones F3 y F4.</p>	<p>Vaya a la Sección F4.</p>	<p>Vaya a la Sección F4.</p>	<p>Vaya a la Sección F5.</p>

F2. Qué es una excepción

Una excepción es el permiso para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para usarlo sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no está en la *Lista de Medicamentos* o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Cuando usted solicite una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico o un profesional que expide recetas nos puede solicitar:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de Medicamentos*.
 - Usted no puede solicitar una excepción al monto del copago o del coseguro que debe pagar por el medicamento.
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - Exigencia de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. (a veces, esto se denomina “autorización previa” (PA)).
 - Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina una “**excepción al formulario**”.

F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones

El médico u otro profesional que expide recetas deben informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que expide recetas debe proporcionarnos una declaración escrita que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que expide recetas cuando pida la excepción.

Normalmente, nuestra *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



de una condición en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría ser tan eficaz como el medicamento que usted está solicitando y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta suele tener validez hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5, se indica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



F4. 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 sobre la cobertura que usted desea. Llámenos, escribanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. Puede llamarnos al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional que expide recetas) o quien actúe en su nombre puede solicitar una decisión sobre la cobertura. También puede tener a un abogado que actúen en su nombre.
- Lea la Sección D para saber cómo otorgar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No es necesario que otorgue permiso por escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para que nos pida una decisión sobre la cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, lea la Sección A del Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se describen las ocasiones en las que posiblemente deba solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- En caso de que solicite una excepción, adjunte la “declaración de apoyo”. Su médico u otro profesional que expide recetas debe proporcionarnos las razones médicas

Resumen: ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pag?

Llámenos, escribanos o envíenos un fax para preguntar, o solicítele a su representante, médico u otro profesional que expide recetas que pregunte. Le daremos una respuesta acerca de una decisión estándar sobre la cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento en la Parte D que ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico o de otro profesional que expide recetas.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas puede pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen llegar en 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



para la excepción de medicamentos. Esto se llama “declaración de apoyo”.

- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional que expide recetas se puede comunicar con nosotros por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita.

Si su salud así lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura”

Utilizaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar sobre la cobertura** significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.

El término legal para “determinación de cobertura” es “determinación de cobertura acelerada”.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **únicamente si está solicitando un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura cuando nos solicite el reembolso de un medicamento que ya adquirió).

Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **únicamente si el hecho de utilizar los plazos estándar pudiera ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones**.

Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informan que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida sobre la cobertura, y la carta se lo indicará.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin la justificación de su médico u otro profesional que expide recetas), nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, utilizaremos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta comunicándoselo. La carta le dirá cómo hacer un reclamo sobre nuestra decisión de entregarle una decisión estándar.
 - Usted puede presentar una "queja rápida" y obtener una respuesta a la misma en un plazo de 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Plazos para una “decisión rápida sobre la cobertura”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa un plazo no superior a 24 horas luego de haber recibido su solicitud. O si solicita una excepción, esta debe hacerse 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o profesional que expide recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos ofrecer la cobertura en un plazo de 24 horas posteriores a la obtención de su solicitud o la declaración que apoye su solicitud por parte de su médico o profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud. O, si solicita una excepción, esta debe hacerse 72 horas después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico o el profesional que expide recetas. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas posteriores a la obtención de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de apoyo de su médico o profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar sobre la cobertura” sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, le realizaremos el pago en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante debe comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Para solicitar una apelación estándar, puede presentar la apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Si desea una apelación rápida, podrá presentar su apelación por escrito o llamarnos por teléfono.
- Presente su solicitud de apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso que enviamos para informarle nuestra decisión. Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, algunos motivos justificados para que se le venza un plazo sería usted tuviera una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros o si le diéramos información incorrecta o incompleta sobre los plazos para solicitar una apelación.

Resumen: ¿Cómo presentar una apelación de Nivel 1?

Usted, su médico o profesional que expide recetas, o su representante puede asentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **en un plazo de 65 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Usted, su médico o profesional que expide recetas, o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

El término legal para una apelación al plan acerca de una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se conoce formalmente como una “**redeterminación**” del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expide recetas pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si usted apela una decisión que nuestro plan tomó acerca de un medicamento que aún no ha adquirido, usted, su médico u otro profesional que expide recetas deberá decidir si es necesaria una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión rápida sobre la cobertura”, que figuran en la Sección F4 .

El término legal para “apelación rápida” se conoce formalmente como “**redeterminación acelerada**”.

El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión

- Nuevamente, examinamos en detalle toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que expide recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no tomó la decisión sobre la cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si estamos aplicando los plazos rápidos, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 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 tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos proporcionar la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido 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 estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si nos pide que le devolvamos su dinero por un medicamento que ya compró. Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si considera que su salud lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
- Si no tomamos una decisión en un plazo de los 7 días corridos o 14 días corridos si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente:
 - 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 a los 14 días calendario si nos solicitó el reembolso de un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para reembolsarle por un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir 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 cómo apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



F6. 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 continuar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito. La carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos su archivo de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente llamando al Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente, contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

Resumen: ¿Cómo presentar una apelación de Nivel 2?

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito.

- Pregunte **en un plazo de 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante puede solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para apelar a la IRE sobre un medicamento de la Parte D se conoce formalmente como **“reconsideración”**.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si la IRE acuerda darle una “apelación rápida”, esta deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** su solicitud total o parcialmente, debemos autorizar o entregar la cobertura del medicamento en un plazo de 24 horas posteriores a obtener la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario posteriores recibir su apelación, o de 14 días calendario si nos solicitó que le devolvamos el dinero por 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 su solicitud de devolverle el dinero de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario posteriores a recibir la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de Nivel 2?

Rechazar significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama "confirmar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".

Si desea continuar al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicita deben cumplir con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, usted no podrá continuar con su apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedir 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.

G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando usted ingresa en un hospital, tiene el derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deba dejar el hospital. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que podría necesitar cuando se vaya.

- El día que usted se va del hospital se denomina “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informará cuál es su fecha de alta.

Si considera que le están dando el alta demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

G1. 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, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida 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 cuidadosamente 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 la hospitalización en el hospital. Tiene el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién paga por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión acerca de la duración de su hospitalización en el hospital.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
- Apelar la decisión sobre su alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan dicho.

Guarde su copia firmada del aviso así tendrá toda información con usted, en caso de necesitarla.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida 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 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o a Medicare a los números indicados anteriormente.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por más tiempo, debe solicitar 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 Acentra Health.

Si quiere presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Acentra Health al 1-888-315-0636 (TTY: 711).

Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) **antes** de abandonar el hospital y en un plazo no superior a la fecha planificada para su alta. 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 luego de su fecha de alta planificada sin hacerse cargo de los gastos hasta recibir la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, posiblemente deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de la 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: 711) y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de abandonar el hospital y antes de su fecha de alta prevista.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Queremos asegurarnos de que sabe qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240 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 atención de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para que comprueben y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas aseguradas por Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Al solicitar una “revisión rápida”, usted pide a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándar.

El término legal para “revisión rápida” se conoce formalmente como “**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 cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su historial médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos describan su apelación, recibirá una carta que indique su fecha de alta planificada. La carta explica las razones por las que nosotros, junto con su médico y el hospital, creemos que es adecuado que sea dado de alta en esa fecha.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



El término jurídico para esta explicación escrita se llama "**Aviso detallado de Alta**". Para obtener una copia, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711). 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. También puede ver un modelo de aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios mientras sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, significa que creen que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. Si esto ocurre, la cobertura que brindamos para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía, el día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su solicitud y usted decide quedarse en el hospital, entonces es posible que deba pagar la continuación de su estadía en el hospital. El costo de la atención hospitalaria que puede tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Usted deberá comunicarse nuevamente a la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicitarle otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en 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 que finalizara la fecha de la cobertura de la atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



En Texas, la organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Acentra Health. Puede comunicarse con Acentra Health al 1-888-315-0636 (TTY: 711).

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización de 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: 711) y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Debemos devolverle el dinero por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que obtuvo desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos continuar brindando la cobertura por la atención que recibe en el hospital, siempre que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y tal vez haya limitaciones de 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 no la cambiará. La carta que reciba le dirá qué hacer si desea seguir adelante con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

H. Qué hacer si considera que sus servicios de atención de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección únicamente se refiere a los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado médico domiciliario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Servicios de enfermería especializada.
- La atención de rehabilitación que recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, tiene el derecho de seguir recibiendo servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que lo necesita.
 - Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando se termina la cobertura de esa atención, dejamos de pagar el costo por la atención.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esta se denomina “Aviso de No Cobertura de Medicare”. En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que la recibió. Firmar la notificación **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que debe dejar de recibir cuidado.

Cuando finalice su cobertura, interrumpiremos el pago de su atención.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar con su apelación, debe comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que corresponden a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección J, se indica cómo presentar un reclamo).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud al 1-800-252-9240 (TTY: 711).

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que tomamos. En Texas, la organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Acentra Health. Puede comunicarse con Acentra Health al 1-888-315-0636 (TTY: 711). 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 dijeron que dejaríamos 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: 711) y solicite una “apelación por vía rápida”.

Llame antes de abandonar la agencia o centro que le está brindando la atención y antes de su fecha de alta prevista.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para que comprueben y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas aseguradas por Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Solicite una “apelación por vía rápida”. Esta es una revisión independiente de si es o no médicamente adecuado para nosotros cancelar 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 siguiente a la fecha en que recibió el aviso por escrito informándole cuándo finalizará la cobertura de su cuidado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



El término legal para referirse al aviso por escrito se conoce formalmente como “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Asimismo, 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. También puede consultar una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNL.

¿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 le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura para los servicios debe continuar. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- Cuando pide una apelación, el plan debe escribir una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad explicando por qué sus servicios deben terminar.
- Los revisores también observarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán otra información que el hospital o nuestro plan le hayan entregado.
- **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 que le explicará la decisión.

El término legal de la carta que explica por qué sus servicios deben terminar es conocido formalmente como “**Explicación Detallada de No Cobertura**”.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras 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 le informamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Si decide continuar recibiendo atención de salud en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, usted deberá pagar el costo total de esta atención.

H3. 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 la 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 revisará nuevamente la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención de salud a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

En Texas, la organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Acentra Health. Puede comunicarse con Acentra Health al 1-888-315-0636 (TTY: 711). Solicite esta revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo el cuidado luego de la fecha en que finalizó su cobertura del cuidado.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión en un plazo de 14 días calendario tras 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 el cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario.

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: 711) y solicite otra revisión.

Llame antes de abandonar la agencia o centro que le está brindando la atención y antes de su fecha de alta prevista.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre la Apelación de Nivel 1 y no la modificarán.

La carta que reciba le informará qué hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará la información relativa a cómo pasar al siguiente nivel de apelación, el cual está a cargo de un juez.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si realizó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que recibe de la Entidad de Revisión Independiente le informará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si desea que un ALJ o un juez de derecho administrativo revisen su caso, el artículo o servicio médico que está solicitando debe alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, usted no podrá seguir adelante con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedir a un ALJ o un juez de derecho administrativo que atienda su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o el abogado adjudicador, puede recurrir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, es posible que tenga el derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelación, puede comunicarse con la Oficina de la Defensoría de la HHSC. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

I2. 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 ante el estado, puede solicitar una revisión administrativa en el plazo de 30 días a partir de la fecha de la decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos

El proceso de presentación de reclamos 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 incluyen algunos ejemplos de los problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

Reclamos sobre la calidad

- Usted está insatisfecho con la calidad de la atención, como por ejemplo la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue rudo o irrespetuoso con usted.
- El personal de Superior STAR+PLUS MMP lo trató mal.
- Cree que lo están obligando a salir del plan.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención de salud en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda un servicio razonable que necesita, como un intérprete de Lengua de señas estadounidense.

Reclamos sobre los plazos de espera

- Está teniendo dificultades para obtener una consulta o está esperando demasiado para obtenerla.

Resumen: Cómo presentar un reclamo

Usted puede presentar un reclamo interno a nuestro plan y/o un reclamo externo a una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para realizar un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan reclamos externos. Para obtener más información, lea la Sección J3.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Los médicos, farmacéuticos, otros profesionales de atención médica, el personal de Servicios al Miembro u otro personal del plan lo están haciendo esperar demasiado tiempo.

Reclamos sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamos sobre el acceso a servicios de idiomas

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos proporcionado una notificación o carta que debería haber recibido.
- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Reclamos sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o responder a su apelación.
- Considera que, después de obtener una decisión sobre la cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o para devolverle el dinero por ciertos servicios médicos.
- Cree que no hemos enviado su caso a la Entidad de Revisión Independiente a tiempo.

El término legal de un “reclamo” se conoce formalmente como “**queja**”.

El término legal para “hacer un reclamo” es “**presentar una queja formal**”.

¿Hay diferentes tipos de reclamos?

Sí. Usted puede presentar un reclamo interno o uno externo. Un reclamo interno se presenta y lo revisa nuestro plan. Un reclamo externo se presenta y lo revisa una organización no afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar a la Oficina de la Defensoría de la HHSC, al 1-866-566-8989.

J2. Quejas internas

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Puede presentar el reclamo en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si el reclamo está relacionado con un medicamento de la Parte D, debe presentarlo **en un plazo de 60 días corridos** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presenta su reclamación por escrito, responderemos a ella por escrito.

Superior STAR+PLUS MMP
Attn: Appeals and Grievances -- Medicare Operations
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450

Fax: 1-844-273-2671

- Respondemos su reclamo en un plazo de 30 días calendario. También puede presentar una queja rápida si rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Comuníquese con Servicios al Miembro para presentar un “reclamo rápido”.
- Si tiene un buen motivo para presentar el reclamo de manera tardía, infórmenos y consideraremos si le extendemos el plazo para presentar un reclamo o no.

El término legal para “reclamo rápido” es “queja formal acelerada”.

Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama con un reclamo, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario.
- Si usted hace un reclamo porque le negamos su solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le aceptaremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.
- Si usted hace un reclamo porque nos tomamos un tiempo adicional para la decisión o apelación sobre la cobertura, automáticamente le aceptaremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su reclamo, le informaremos y le daremos nuestros motivos. Le responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

J3. Reclamos externos

Puede presentar su reclamo ante Medicare

Puede enviarle su reclamo a Medicare. El Formulario de reclamos de Medicare está disponible en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Medicare toma muy en serio sus reclamos y usará esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no está tratando de resolver 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.

Puede presentar su reclamo ante Medicaid de Texas

Una vez que haya realizado el proceso de presentación de reclamos del plan, puede enviar un reclamo a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando de forma gratuita al 1-866-566-8989. Si quiere presentar su reclamo por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si puede acceder a Internet, puede presentar su reclamo en www.hhs.texas.gov/about/your-rights/office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no recibió un trato imparcial. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre incapacidad para acceder o asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la Oficina de Derechos Civiles en:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



En el condado de Dallas:

801 S. State Highway 161, Suite 600
MC 012-5
Grand Prairie, TX 75051
Número de teléfono: 1-972-337-6245
TTY: 711
Fax: 1-972-337-6153.

En el condado de Hidalgo:

2520 S. Veterans Blvd
MC 108-1
Edinburg, TX 78539
Número de teléfono: 1-956-316-8393.
TTY: 711
Fax: 1-956-316-8177.

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades y las leyes de Texas. 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 un reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su reclamo se refiere a la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentarnos el reclamo a nosotros).
- También puede presentar su reclamo ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si usted hace un reclamo a esta organización, trabajaremos conjuntamente con ellos para resolver su reclamo.

La Organización de Mejoramiento de la Calidad está integrada por un grupo de médico y otros expertos en atención médica, cuya remuneración la paga el gobierno federal para verificar 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, Sección G.

En Texas, la organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Acentra Health. El número de teléfono de Acentra Health es 1-888-315-0636 (TTY: 711).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid

Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cancelar su membresía a nuestro plan y sus opciones de cobertura médica luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas Medicare y Medicaid de Texas mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid	261
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	261
C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid	262
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado	262
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	262
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid	264
E. Siga obteniendo los artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que finalice su membresía	265
F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su membresía	265
G. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	266
H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía a nuestro plan	266
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan	266

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



A. Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid

Puede cancelar su membresía a Superior STAR+PLUS MMP en cualquier momento durante el año, para lo cual debe inscribirse en otro plan Medicare Advantage, inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid o cambiar a Original Medicare.

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 deja nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en el cuadro de la Sección D1;
- Servicios de Texas Medicaid en la Sección D2.

Para obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía, llame a:

- Línea de Ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP), Programa de Orientación, Defensa e Información de Salud (HICAP) de Texas al 1-800-252-9240. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- 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.

NOTA: Si usted participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual del Miembro* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, infórmeles a Texas Medicaid o 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 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 **O**
- Envíe a Texas Medicaid un Formulario de cambio de inscripción. Puede obtener el formulario por teléfono 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 número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en la tabla de la Sección D1.

C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid de Texas juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente.

Para inscribirse a un Medicare-Medicaid Plan diferente, realice lo siguiente:

- Llame a la Línea de Ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 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 unirse, pueden informarle sobre otros planes en su área **O**
- Envíe a Texas Medicaid un Formulario de cambio de inscripción. Puede obtener el formulario por teléfono a la Línea de Ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 (TTY: 711) si necesita que se lo envíen por correo.

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 Medicare-Medicaid diferente luego de abandonar Superior STAR+PLUS MMP, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá optar cómo recibir los beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para 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 (PACE)</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al número 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 asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, al 1-800-252-9240. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en Superior STAR+PLUS MMP cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p> <p>Esta tabla continúa en la página siguiente</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al número 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 asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, al 1-800-252-9240. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en Superior STAR+PLUS MMP cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



<p>(continuación)</p> <p>3. Puede cambiar a:</p> <p>A Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de Medicare de fármacos recetados, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea afiliarse.</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 de Salud (HICAP) de Texas al 1-800-252-9240.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al número 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 asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP), al 1-800-252-9240. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en Superior STAR+PLUS MMP cuando comience la cobertura de Original Medicare.</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 de Texas.

- Puede elegir cambiarse a otro plan de salud solo de Medicaid, para lo cual debe comunicarse con 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 miembro, un nuevo *Manual del Miembro* y un nuevo *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



E. Siga obteniendo los artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que finalice su membresía

Si abandona Superior STAR+PLUS MMP, puede pasar cierto tiempo hasta que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare y Texas Medicaid entre en vigencia. Durante este tiempo, siga recibiendo sus medicamentos recetados y atención de salud a través de nuestro plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- **Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos los servicios de farmacia de compra por correo, para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía en Superior STAR+PLUS MMP, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes del alta.

F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su membresía

Estos son los casos en los que Superior STAR+PLUS MMP debe cancelar su membresía al plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Part B.
- Si ya no califica para Medicaid de Texas. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid de Texas.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si usted permanece fuera del área de servicios del plan por más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, debe llamar al Servicios al Miembro para saber si el lugar al que se dirige se encuentra dentro del área de servicios de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si tiene otro seguro de salud u otro seguro para medicamentos recetados.

Podemos finalizar su membresía por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y Medicaid de Texas:

- Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y que nos dificulte proporcionar cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica.
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



G. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la 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 debe llamar a Texas Medicaid al 1-800-252-8263 o al 211 (TTY: 1-800-735-2989 o 711).

H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía a nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, para obtener información sobre cómo hacer un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro, al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo describe los avisos legales que se aplican a su membresía de Superior STAR+PLUS MMP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Aviso sobre leyes.....	268
B. Aviso de No Discriminación	268
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario.....	270
D. Aviso sobre los plazos de actualización del material.....	270
E. Contratistas independientes.....	270
F. Fraude al plan de atención de salud	271
G. Circunstancias que van más allá del control de STAR+PLUS MMP	271

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidad, incluso si las mismas no están incluidas o explicadas en este manual. Las principales leyes que aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Otras leyes federales y estatales también pueden aplicar.

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, experiencias en reclamaciones, color, etnia, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicios, estado de salud, historial médico, incapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, realice los siguientes pasos:

- 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 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 incapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención de salud o a un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si tiene algún reclamo, como problemas para acceder en silla de ruedas, el Servicios al Miembro podrá ayudarle.

Declaración de no discriminación

El plan de Medicare-Medicaid Superior HealthPlan (Superior) STAR+PLUS MMP cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad 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:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con incapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés como

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, contacte al Departamento de Servicios para Afiliados de Superior STAR+PLUS MMP al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si cree que Superior STAR+PLUS MMP no ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja llamando al número que está arriba y explicar que necesita ayuda para presentar una queja; el Departamento de Servicios para Miembros de Superior STAR+PLUS MMP está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo a través del portal en línea de la oficina para ese fin en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o por teléfono:

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

Declaración de no discriminación

Superior HealthPlan (Superior) STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Superior STAR+PLUS MMP no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Superior STAR+PLUS MMP:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse adecuadamente con nosotros, tales como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Superior STAR+PLUS MMP al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y días feriados, es posible que se le solicite dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



Si considera que Superior STAR+PLUS MMP no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja llamando al número indicado anteriormente mencionando que necesita ayuda para presentar una queja; el Departamento de Servicios para Miembros de Superior STAR+PLUS MMP está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono a:

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

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

En ocasiones, alguien más tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, la compañía aseguradora o el seguro de accidentes laborales tiene que 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.

E. Contratistas independientes

La relación entre Superior STAR+PLUS MMP y cada proveedor participante es la de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Superior STAR+PLUS MMP y ni de Superior STAR+PLUS MMP. Por otra parte, ningún empleado de Superior STAR+PLUS MMP es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso Superior STAR+PLUS MMP será responsable de la negligencia, acto ilícito u omisión de un proveedor participante u otro proveedor de atención de salud. Los médicos participantes, y no Superior STAR+PLUS MMP, mantienen una relación médico-paciente con el miembro. Superior STAR+PLUS MMP no es un proveedor de atención de salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



F. Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede tener consecuencias legales. Cualquier persona que, deliberadamente y a sabiendas, se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud mediante, por ejemplo, la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al plan de atención de salud.

Si le preocupa cualquiera de los cargos que aparecen en un formulario de factura o Explicación de Beneficios, o si conoce o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude gratuita de nuestro plan al 1-800-977-3565 (TTY: 711). La Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

G. Circunstancias que van más allá del control de STAR+PLUS MMP

En la medida en que, como consecuencia de un desastre natural, una guerra, un disturbio, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de los centros, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad del personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, las instalaciones o el personal de Superior STAR+PLUS MMP no están disponibles para proporcionar o coordinar los servicios o beneficios previstos según este *Manual del Miembro*, la obligación de Superior STAR+PLUS MMP de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que Superior STAR+PLUS MMP haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios conforme a la disponibilidad actual de sus centros o personal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se utilizan en todo el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término o si necesita más información, además de la incluida en la definición, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Actividades de la vida diaria: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Ayuda paga pendiente: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se denomina “ayuda pagada pendiente”.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que en el que se realizan cirugías a pacientes ambulatorios que no necesitan atención hospitalaria y que no prevé que necesiten más de 24 horas de atención médica.

Apelación: Es una manera de oponerse a nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Producto biológico: Es un medicamento recetado que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: Es un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la empresa que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Otras empresas farmacéuticas son las que fabrican y comercializan los medicamentos genéricos.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En la Sección H del Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Reclamo: Es una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Quedan comprendidas todas las inquietudes sobre la calidad de nuestra asistencia, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal de la acción de “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.

Evaluación integral de riesgo de salud: Es 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

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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 (CORF): Es un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece una variedad de servicios, como servicios de fisioterapia, asistencia social o psicológica, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y evaluación del ambiente en el domicilio.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones acerca de los medicamentos y los servicios cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En la Sección D del Capítulo 9, se 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.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y 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 sobre competencia cultural: Capacitación en la que se brinda una enseñanza adicional a nuestros proveedores de atención de salud para que comprendan mejor los antecedentes, valores y creencias de los miembros, y sean capaces de adaptar los servicios que brindan para cubrir las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de estos.

Cancelación de la inscripción: Es el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (ajena a su voluntad).

Niveles de los medicamentos: Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos pertenece a uno de *tres* niveles.

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar.

Algunos ejemplos son sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para utilizarse en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



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, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer). Los síntomas médicos pueden constituir una herida grave o dolor agudo.

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 recetados de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

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. Suele ser más económico y es tan eficaz como un medicamento de marca.

Queja: Es un reclamo que usted presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de la atención que usted recibió.

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 equipo para brindarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgo de salud: Es una revisión de los antecedentes médicos y la condición actual de un paciente. Se utiliza para conocer la salud del paciente y la manera en la que podría cambiar en el futuro.

Asistente de salud a domicilio: Es una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades 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). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención para pacientes terminales: Es un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que la persona padece una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses como máximo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.



- Un miembro con una prognosis terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan asistencia integral a la persona atendiendo necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Superior STAR+PLUS MMP debe brindarle una lista de proveedores de centros de atención para pacientes terminales de su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: Se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura un monto superior que el de los costos compartidos del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de ID de miembro de Superior STAR+PLUS MMP para obtener cualquier servicio o medicamento recetado. Llame a Servicios al Miembro 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.

Pacientes hospitalizados: Es un término que se utiliza cuando se lo admite formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados.

Si no se lo admitió formalmente, aún podrá considerárselo paciente ambulatorio en vez de paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Biosimilar intercambiable: Es un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (*Lista de Medicamentos*): lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos incluidos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le informa si existe alguna norma que deba cumplir para recibir los medicamentos. En ocasiones, la *Lista de Medicamentos* se denomina “formulario”.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyo a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no deba ir a un centro de convalecencia o al hospital.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

Medicaid (o asistencia 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 los costos médicos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, se le cubrirá la mayoría de los costos de atención de salud.
- Consulte la Sección I del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Texas Medicaid.

Medicamento necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, suministros, o medicamentos cumplen con los estándares aceptados para el ejercicio de la medicina. El término “medicamento necesario” se refiere a todos los servicios cubiertos que están dentro de lo razonable y que son necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una incapacidad, o para aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

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 condiciones médicas o enfermedades, o para permitir la detección temprana, las intervenciones o los tratamientos para condiciones 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 miembro, o ponen en peligro la vida;
- se brindan en centros adecuados y a los niveles apropiados de atención para el tratamiento de sus condiciones 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 condiciones;
- 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 principalmente para conveniencia del miembro ni del proveedor.

Para los servicios de salud del comportamiento, los servicios médicamente necesarios tienen las siguientes características:

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- 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;
- no pueden omitirse sin perjudicar la salud mental o física del miembro, o la calidad de la atención brindada;
- no son experimentales ni están en etapa de investigación;
- no se brindan para conveniencia del miembro o el proveedor.

Medicare: Es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Plan Medicare Advantage: Es un programa de Medicare, también llamado “Medicare Part C” o “plan MA”, que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a esas empresas para cubrir los beneficios de Medicare que usted recibe.

Servicios cubiertos por Medicare: Los servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Part A y Part B.

Afiliado de Medicare-Medicaid: Es una persona que califica para tener la cobertura de Medicare y Texas Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se denomina “individuo con doble elegibilidad”.

Plan Medicare-Medicaid (MMP): 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 equipo para brindarle la atención que necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Medicare Part 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 atención para pacientes terminales médicamente necesarios.

Medicare Part B: Es 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 condición. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Part 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 Part D: Es el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar su nombre). La Parte D cubre medicamentos que requieren receta médica, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B, ni por Medicaid de Texas. Superior STAR+PLUS MMP incluye Medicare Part D.

Medicamentos de Medicare Part D: Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Texas Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona que tiene Medicare y Texas 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 (CMS) y por el estado.

Manual del Miembro 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 miembro de nuestro plan.

Servicios al Miembro: Es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte la Sección A del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al Miembro.

Farmacia de la red: Es una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Nosotros las denominamos "farmacias de la red" porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados se cubren únicamente si se surten en una de las farmacias de la red.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para médicos,

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también comprende hospitales, agencias de atención de salud en el hogar, clínicas y otros lugares donde se prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y recibir nuestro pago sin cobrar a los miembros un importe adicional.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Centro de convalecencia: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital.

Defensoría: Es una oficina ubicada en su estado en la trabajan personas que se dedican a defenderlo. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer. Los servicios de los defensores de pacientes son gratuitos. Puede obtener más información acerca del programa de defensoría en la Sección J del Capítulo 2 y en el Capítulo 9, Introducción, de este manual.

Determinación de la organización: El plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman "decisiones sobre cobertura" en este manual. En la Sección D del Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Producto biológico original: Es un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina “producto de referencia”.

Original Medicare (Medicare tradicional o cargo por servicio de Medicare): El Gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de los montos que establece el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original se encuentra disponible en todo Estados Unidos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- Si no desea ser parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: Es una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, excepto en ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Es un proveedor o centro que no es empleado ni propiedad de nuestro plan y tampoco es operado por este; asimismo, no tiene un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En la Sección D del Capítulo 3, encontrará más información sobre los proveedores o los centros fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): Todo medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica emitida por un profesional de la salud.

Parte A: consulte “Medicare Part A”.

Parte B: consulte “Medicare Part B”.

Parte C: consulte “Medicare Part C”.

Parte D: consulte “Medicare Part D”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Part D”.

Información de salud personal (también llamada información de salud protegida o PHI): Información sobre usted y su salud, como por ejemplo, nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico y antecedentes médicos. 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, así como sus derechos en relación con su PHI.

Plan de atención: Plan de atención centrado en la persona que 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 objetivos, y una lista de los servicios requeridos, su frecuencia y una descripción de quién ofrecerá esos servicios.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



- 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 Medicare, usted debe acudir al proveedor de atención primaria antes que a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el Capítulo 3, Sección D1, para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): Aprobación de Superior STAR+PLUS MMP que debe obtener antes de recibir un servicio o medicamento específico, o de consultar a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación, es posible que Superior STAR+PLUS MMP no cubra el servicio o el medicamento.

Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen PA de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan PA del plan están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y las reglas se publican en el sitio web.

Prótesis y aparatos ortopédicos: Se trata de dispositivos que su médico u otro proveedor de atención de salud le indican. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos de brazo, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Se trata de un grupo de médicos y otros expertos en atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. El Gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte la Sección G del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: Es un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Pueden establecerse límites en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Herramienta de beneficios en tiempo real: Es un portal o una aplicación informática en la cual los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada de los medicamentos cubiertos y los beneficios específicos del miembro. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento dado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión del médico: Una remisión del médico quiere decir que su proveedor de atención primaria (PCP) debe otorgarle una aprobación antes de que usted acuda 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 del médico para acudir a determinados médicos especialistas, como un médico especialista en salud de la mujer. Puede obtener más información acerca de las remisiones del médico en la Sección B del Capítulo 3, y acerca de los servicios que necesitan remisiones del médico en la Sección D del Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: El tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicios: Es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el área donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, por lo general, también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no tienen carácter de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden obtener Superior STAR+PLUS MMP.

Equipo de coordinación de servicios: Puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales que están disponibles para ayudarlo a recibir la atención que 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 (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 (SNF): Es la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero titulado o un médico puede administrar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Médico especialista: Un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Audiencia imparcial ante el estado: Es una oportunidad para informar su problema ante un tribunal y demostrar que una decisión que tomamos es incorrecta.

Agencia estatal de Medicaid: La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas es la única agencia estatal responsable de operar y, en algunos casos, supervisar el programa Medicaid estatal.

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 (SSI): Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una incapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los de Seguro Social.

Atención médica urgentemente necesaria: Es la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede recibir atención médica urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a ellos porque, debido a la hora, al lugar o a las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite mmp.SuperiorHealthPlan.com.**



Servicios al Miembro de Superior STAR+PLUS MMP

LLAME	1-866-896-1844 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Servicios al Miembro también dispone de servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
POR FAX	1-866-918-4447
POR CORREO	Superior STAR+PLUS MMP Attn: MMPMember Services 1575 N. Resler Drive El Paso, TX 79912
SITIO WEB	mmp.SuperiorHealthPlan.com

Si tiene alguna pregunta, llame a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-866-896-1844 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después de horas y en feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** mmp.SuperiorHealthPlan.com.





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.

If you need these services, contact Superior STAR+PLUS MMP's Member Services at **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.

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, HHH Building Room 509F
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, (TDD: **1-800-537-7697**)

Declaración de No Discriminación

Superior HealthPlan (Superior) STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Superior STAR+PLUS MMP no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Superior STAR+PLUS MMP:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse adecuadamente con nosotros, tales como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Superior STAR+PLUS MMP al **1-866-896-1844** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y días feriados, es posible que se le solicite dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si considera que Superior STAR+PLUS MMP no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja llamando al número indicado anteriormente mencionando que necesita ayuda para presentar una queja; el Departamento de Servicios para Miembros de Superior STAR+PLUS MMP está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, por correo postal o por teléfono a:

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

Dejada en blanco intencionalmente