superior healthplan

STAR+PLUS

Manual para Miembros

¡Estamos listos para ayudar! Llame al 1-877-277-9772

www-es.SuperiorHealthPlan.com

SHP_202613352 09_2026

TEXAS STAR+PLUS Su Plan de Salud ★ Su Opción

TEXAS Health and Human Services

Números importantes

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-877-277-9772. Un representante de Servicios para miembros de Superior le ayudará. Nuestro personal está disponible de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes con excepción de los días festivos aprobados por el estado. Puede contactarse con un enfermero las 24 horas, los 7 días de la semana. Él puede responder sus preguntas relacionadas con la salud después del horario habitual y los fines de semana. Puede llamar después de las de horas de oficina y los fines de semana, al número 1-877-277-9772. Nuestro personal es bilingüe y habla en Inglés y en Español. Si habla otro idioma o es sordo/tiene problemas auditivos, llame a los Servicios para miembros para obtener ayuda.

Servicios para miembros de Superior	1-877-277-9772
Coordinador de servicios	1-877-277-9772
Equipo de asistencia de atención médica administrada del Ombudsman	1-866-566-8989
Línea de ayuda del programa STAR+PLUS de Texas	1-800-964-2777
Línea de asesoramiento de enfermería, disponible las 24 horas	1-877-277-9772
Relay Texas / Línea TTY (sordo/tiene problemas auditivos)	1-800-735-2989
Línea de ayuda de farmacia (Medicamentos recetados)	1-877-277-9772
Programa de Transporte Médico de Superior proporcionado por SafeRide Health	1-855-932-2318
Teladoc (servicios de telesalud)	1-800-835-2362
Cuidado de la vista (Centene Vision Services)	1-866-897-4785
Atención dental	1-888-308-4766
Salud del comportamiento	1-877-277-9772
Línea de crisis del abuso de alcohol o drogas	1-877-277-9772
Defensor de miembros	1-877-277-9772

Servicios de salud del comportamiento

Obtenga ayuda de inmediato para el trastorno por consumo de sustancias y/o la salud del comportamiento llamando al 1-877-277-9772. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Le ayudaremos a encontrar el mejor profesional para usted. Debe llamar al 911 si tiene una emergencia relacionada con la salud del comportamiento que ponga en riesgo su vida. También puede ir a un centro de atención de crisis o a la sala de emergencias más cercana. No debe esperar a que surja una emergencia para pedir ayuda. Nuestro personal es bilingüe en inglés y español. Si habla otro idioma o es sordo/tiene problemas auditivos, llame a los 1-877-277-9772 para obtener ayuda. También puede llamar y enviar mensajes de texto al 988, o chatear con el mismo número. La Línea 988 para la Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo confidencial las 24 horas del día a personas en situación de crisis suicida o angustia relacionada con la salud mental.

Atención de emergencia

Llame al 911 o vaya al hospital/centro de emergencia más cercano si cree que necesita atención de emergencia. Puede llamar al 911 para solicitar ayuda para llegar a la sala de emergencias del hospital. Si recibe servicios de emergencia, llame a su médico para programar una visita de seguimiento tan pronto como sea posible.

Recuerde llamar a Superior al 1-877-277-9772 y comuníquenos qué atención de emergencia ha recibido. Superior define como emergencia aquella situación en la que el miembro cree que tiene una afección médica grave, o donde la falta de atención médica inmediata supondría una amenaza para su vida, para alguna de sus extremidades o su vista.

Coordinación y administración de servicios

Los Coordinadores de servicios de Superior están a su disposición para ayudarlo a coordinar la atención médica y de salud del comportamiento. También podemos ayudarlo a comprender sus servicios y beneficios. Llámenos al 1-877-277-9772. Para obtener más información sobre la Coordinación de servicios, consulte la página 38.

Números importantes

Programa de Transporte Médico de Superior: servicios de transporte médico para casos de no emergencia (NEMT)

El Programa de Transporte Médico de Superior (servicios de NEMT) proporciona transporte para concurrir a citas de atención médica sin carácter de emergencia para aquellos miembros que no dispongan de otras opciones de traslado. SafeRide Health es la empresa encargada de prestar los servicios de transporte para los miembros de Superior. Llame para solicitar transporte al 1-855-932-2318 (TTY 7-1-1), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora estándar central (CT). Para saber dónde está su transporte, llame al 1-855-932-2319, de lunes a sábado de 4:00 a.m. a 8:00 p.m. CT. SafeRide Health cuenta con personal que habla inglés y español y, si habla otro idioma, también ofrece servicios de interpretación. Si es sordo o tiene problemas auditivos, llame al TTY 7-1-1 para pedir ayuda. Para obtener más información, consulte la página 20.

Declaración de no discriminación

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

Superior:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Superior llame al número en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989). Si considera que Superior no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

1557 Coordinator PO Box 31384, Tampa, FL 33631 1-855-577-8234 | TTY: 711 | FAX: 1-866-388-1769 SM_Section1557Coord@centene.com	**Or**	**Llame al número en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado. Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989 Fax: 1-866-683-5369**

Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador 1557 está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o vía telefónica llamando al:

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

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

Esta notificación está disponible en el sitio web de Superior HealthPlan: SuperiorHealthPlan.com/non-discrimination-notice.html

Ayuda con la comunicación

ENGLISH:	To help you understand the information provided, language assistance services, including written translation, oral interpretation, as well as auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge by calling the number on the back of your Superior ID card (TTY: 1-800-735-2989).
SPANISH:	Para ayudarle a comprender la información facilitada, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos, que incluyen traducción escrita, interpretación oral, así como ayudas y servicios auxiliares y otros formatos alternativos por llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Superior (TTY: 1-800-735-2989).
VIETNAMESE:	Để giúp quý vị hiểu thông tin được cung cấp, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, bao gồm dịch thuật văn bản, thông dịch nói, cũng như các công cụ và dịch vụ phụ trợ và các định dạng thay thế khác. Để nhận dịch vụ và sự trợ giúp này, quý vị hãy gọi đến số điện thoại ghi ở mặt sau thẻ Superior ID (TTY: 1-800-735-2989).
CHINESE:	为了帮助您理解所提供的信息，我们免费为您提供语言协助服务，其中包括笔译、口译、辅助工具及服务、以及其他替代形式。要获得这些服务，请拨打您Superior会员卡背面的电话号码（文本电话：1-800-735-2989）。
KOREAN:	제공된 정보에 대한 귀하의 이해를 돕기 위해 서면 번역, 구두 통역, 보조 도구 및 서비스, 기타 대체 형식을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 제공합니다. 이를 이용하시려면 Superior ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오(TTY: 1-800-735-2989).
ARABIC:	تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية لمساعدتك على فهم المعلومات المقدمة، بما في ذلك الترجمة الكتابية، والترجمة الشفوية، بالإضافة إلى المساعدات والخدمات المساعدة، وأشكال بديلة أخرى مجانًا. للحصول على ذلك، اتصل بالرقم الموجود على ظهر بطاقة الهوية الخاصة بك (الهاتف النصي: 1-800-735-2989).
URDU:	فراہم کردہ معلومات کو سمجھنے میں آپ کی مدد کرنے کے لیے، زبان کی مدد کی خدمات، بشمول تحریری ترجمہ، زبانی تشریح، نیز معاون امداد اور خدمات، اور دیگر متبادل فارمیٹس آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ اسے حاصل کرنے کے لیے، اپنے سپیریئر شناختی کارڈ کے پچھلے نمبر پر کال کریں (TTY: 1-800-735-2989).

Ayuda con la comunicación

TAGALOG:	Upang matulungan kang maunawaan ang ibinigay na impormasyon, ang mga serbisyo ng tulong sa wika, kabilang ang nakasulat na pagsasalin, pasalitang interpretasyon, gayundin ang mga karagdagang tulong at serbisyo, at iba pang mga alternatibong format ay available para sa iyo na walang bayad. Para makuha ito, tawagan ang numero sa likod ng iyong Superior ID card (TTY: 1-800-735-2989).
FRENCH:	Pour vous aider à comprendre les informations fournies, des services d'assistance linguistique, y compris la traduction écrite, l'interprétation orale, ainsi que des aides et services auxiliaires, et d'autres formats alternatifs sont à votre disposition gratuitement. Pour en bénéficier, appelez le numéro au dos de votre carte d'identité Superior (TTY : 1-800-735-2989).
HINDI:	प्रदान की गई जानकारी को समझने में आपकी सहायता के लिए, लिखित अनुवाद, मौखिक व्याख्या, साथ ही अतिरिक्त सहायता एवं सेवाओं व अन्य वैकल्पिक प्रारूपों सहित भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। इसे पाने के लिए अपने Superior आईडी कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर कॉल करें (TTY: 1-800-735-2989) I
PERSIAN:	برای کمک به درک شما از اطلاعات ارائه شده، خدمات کمک زبان، از جمله ترجمه کتبی، ترجمه شفاهی، و همچنین کمک ها و خدمات کمکی، و سایر قالب های جایگزین به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. برای دریافت آن، با شماره پشت کارت شناسایی Superior خود تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2989).
GERMAN:	Zum besseren Verständnis der bereitgestellten Informationen stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung, einschließlich Übersetzungs- und Dolmetschleistungen, Hilfsmittel und -dienste sowie anderer alternativer Formate. Rufen Sie dazu die Nummer auf der Rückseite der Superior Mitgliedsausweiskarte an (TTY: 1-800-735-2989).
GUJARATI:	આપવામાં આવેલી માહિતી સમજવામાં આપની મદદ કરવા, લેખિત અનુવાદ, મૌખિક અર્થઘટન, સાથે સહાયક મદદો અને સેવાઓ સહીતની ભાષા સહાયતા સેવાઓ અને અન્ય વૈકલ્પિક ફોર્મેટો આપના માટે વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તે મેળવવા, આપના Superior આઈડી કાર્ડની પાછળની બાજુએ આપેલા નંબર પર કોલ કરો (TTY: 1-800-735-2989).
RUSSIAN:	Если вы говорите на русском языке, для вас доступны бесплатные услуги письменного и устного перевода, и другой языковой поддержки. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне Вашей членской карты Superior (номер с поддержкой телетайпа: 1-800-735-2989).
JAPANESE:	ご案内する情報のご理解に役立つよう、翻訳文や口頭での通訳のほか、補助的な援やサービス、その他の代替形式を含む言語支援サービスを無料でご利用いただけます。ご利用の際は、お持ちのSuperior IDカードの裏面に記載されている番号にお電話ください（TTY:1-800-735-2989).
LAOTIAN:	ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ຊຶ່ງລວມມີການແປເອກະສານ, ລ່າມແປພາສາປາກເປົ່າ, ພ້ອມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອນີ້, ໃຫ້ໂທຫາເບີທີ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງບັດ Superior ID ຂອງທ່ານ (TTY: 1-800-735-2989).

Tabla de contenidos

Introducción
Acerca de su plan de salud 1
Portal y aplicación móvil para miembros de Superior 2
Su tarjeta de indentificación de Superior 3
Medicaid
Tarjeta de beneficios "Your Texas Benefits" 4
Medicaid y el seguro médico privado 5
Cómo renovar su cobertura Medicaid 6
Recibir atención médica si se muda 6
Pérdida de cobertura de Medicaid 6
Programa Limitado de Medicaid 6
Recibir atención médica – proveedores de cuidado primario
Su proveedor de cuidado primario 7
Cambiar su proveedor de cuidado primario 8
Cambios de proveedor de cuidado primario solicitados/hechos por el médico 8
Plan de incentivos para el médico 9
Recibir atención especializada
Referidos a médicos especializados 10
Servicios que no necesitan un referido 10
Obtener permiso para recibir servicios médicos especializados 10
Solicitar una segunda opinión 11
Proceso para ser admitido as hospital 11
Recibir atención médica - Centros de enfermecría
Ir a un centro de enfermería 12
Cambiar su centro de enfermería 12
Costos de un centro de enfermería....12
Recibir atención médica – sólo para mujeres
Recibir atención de un ginecoobstetra 13
Escoger un ginecoobstetra (OB/GYN) 13
Recibir atención medica – mujeres embarazada y madres nuevas
¿Qué debe hacer si está embarazada?....14
Otros servicos o actividades educativas para la mujer embarazada 14
Inscribir a su bebé en un plan de salud 14
Cambiar el médico de su bebé 15
Recursos para la salud mental materna 15
Acceso a la atención: programas especiales de salud
Programa Healthy Texas Women 16
Programa de Servicios de Atención Médica Primaria de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)....16
Recibir atención médica – las citas
¿Cómo hacer una cita? 18
¿Qué debe llevar cuando vaya a su cita médica? 18
Recibir atención médica cuando esté cerrado el consultorio médico 18
Cómo acceder a la atención médica cuando está fuera de la ciudad o de viaje....18

Tabla de contenidos

Cómo obtener atención si usted es un trabajador de campo migrante 18

Recibir atención médica – cambiar su plan de salud

Cambiar su plan de salud 19

Cuando le piden quese salga de Superior HealthPlan 19

Cómo facilitar la atención: ayuda para acceder a la atención médica

Servicios de traducción 20

Programa de Transporte Médico de Superior (servicios de transporte médico para casos de no emergencia) ... 20

Presentar una queja sobre los servicios de transporte 21

Servicios de telesalud 22

Historia clínica digital 23

La definición de atención

Atención médica de rutina 24

Atención médica de urgencia 24

Atención médica de emergencia 24

Atención médica de posestabilización 25

¿Qué significa atención médica? 26

Necesidad médica 29

Beneficios y servicios

Sus beneficios 30

Servicios para Miembros del programa de Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical (MBCC) 31

Límites a los servicios 31

Servicios que no se cubren 31

Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW) 31

Servicios y soporte a largo plazo (LTSS) 32

Servicios dirigidos al consumidor (CDS) 33

Opción de responsabilidad del servicio 34

Opción de agencia 34

Servicios de análisis del comportamiento aplicado (ABA) 34

Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y de consumo de sustancias) 35

Ayudar con problemas de salud del comportamiento y drogas 35

¿Cómo saber si necesita ayuda? 35

¿Qué hacer en una emergencia de salud del comportamiento? 35

¿Qué debe hacer si usted ya esta bajo tratamiento? 35

Modelo de atención colaborativa 36

Cuidado dental 36

Cuidado dental de emergencia 36

Cuidado de la vista 37

Servicios especiales

Coordinación de servicios 38

Servicios y entornos alternativos 38

Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos 38

Cómo obtener Programa de Hospitalización Parcial y los servicios ambulatorios intensivos 39

Solicitar una apelación de servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos 39

Servicios extra de salud del comportamiento 40

Tabla de contenidos

Ayuda con necesidades médicas especiales 42
"Community First Choice" (CFC) 42
Administración de atención 43
Control de enfermedades
Programa de asma 43
Programas de esquizofrenia y trastorno bipolar 44
Programa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) 44
Programa de dolor crónico 44
Programa para la insuficiencia cardiaca 44
Programa para la depresión 45
Programa de diabetes 45
Programa de enfermedades del corazon 45
Programas de estilo de vida 46
Depresión perinatal 46
Programa de tratamiento por consumo de sustancias durante el embarazo 46
Programa para trastornos por consumo de sustancias 46
Verificación electrónica de visitas 47
Servicios de planificación familiar
Obtener servicios de planificación familiar 49
Encontrar un proveedor de planificación familiar 49
Servicios de farmacia
Proceso para obtener recetas 50
Beneficios de farmacia y Medicare 51
Beneficios de bonos y servicios
Otros beneficios para miembros de Superior 53
Ayuda para comprender sus beneficios 58
Nuevos tratamientos para atenderlo 58
Educación sobre la salud
Clases de educación para la salud 59
Clases ofrecidas por otras agencias 59
Directivas anticipadas
¿Que hacer si está muy enfermo para tomar una decisión médica? 60
Facturación
¿Que debe hacer si recibe una factura de su médico? 61
Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios
Presentar una queja 62
Obtener ayuda para presentar una queja 62
Servicios negados o limitados 63
Solicitar una apelación interna del plan médico 63
Obtener ayuda para presentar una apelación 64
Los plazos de tiempo del proceso de apelación 64
Continuación de los servicios autorizados actuales 64
Apelaciones externas 65
Revisiones médica externa 65

Tabla de contenidos

Revisiones médica externa de emergencia 66
Solicitar una audiencia imparcial estatal 66
Derechos y responsabilidades
Derechos del miembro 68
Responsabilidades del miembro 69
Información disponible para el miembro 70
Confidencialidad 71
Aviso de prácticas de privacidad 72
Derechos y responsabilidades de la verificacion electronica de visitas (EVV) 78
Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación 83
Fraude, despilfarro y abuso
Denunciar fraude, despilfarro y abuso por parte del proveedor 84
Reportar fraude, despilfarro y abuso por parte de la persona que recibe Medicaid 84
Glosario de términos 85

Preguntas sobre el manual para miembros

Si tiene preguntas o dudas sobre cualquier tema incluido en el manual para miembros, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772.

Introducción

¿Quiénes somos?

Superior HealthPlan es una organización de mantenimiento de salud (HMO) que ofrece atención médica para las personas de Texas inscritas en el programa STAR+PLUS. Superior trabaja con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) y con muchos doctores, clínicas y hospitales para darle a usted la atención que necesita.

Obtendrá la atención médica de sus doctores, hospitales y clínicas que se encuentran en la red de proveedores contratados de Superior. Usted o su hijo pueden recibir chequeos regulares, visitas por enfermedad, atención preventiva y atención especializada de un proveedor del programa STAR+PLUS de Superior cuando lo necesiten.

Superior ha contratado proveedores para los casos en que su doctor o proveedor de cuidados primarios le indica a usted que vaya a un hospital, laboratorio o especialista.

Usted debe ir a un proveedor de Superior para obtener sus servicios de salud.

Recibirá una tarjeta de identificación de Superior. Tendrá el nombre de su PCP y el número de teléfono de la oficina. Tenga a la mano esta tarjeta de identificación, así como su identificación de Medicaid en todo momento. Enseñe a sus doctores la tarjeta de identificación de Superior así como la identificación de Medicaid para que ellos sepan que usted está cubierto por el programa STAR+PLUS de Superior.

Usted recibe este Manual para miembros porque fue aprobado para obtener Medicaid con el programa STAR+PLUS. Usted escogió a Superior como su organización de atención médica (MCO) o fue asignado a Superior. Si no entiende lo que dice el Manual para miembros, o si necesita ayuda para leerlo, llame al Servicios para miembros de Superior. Podemos responder a sus preguntas sobre los beneficios y servicios disponibles para usted. Puede obtener este manual en inglés, español, audio, letra más grande, braille, CD o en otro formato de idiomas si lo necesita.

Para recibir más información, llame a Servicios para miembros de Superior, al 1-877-277-9772.

Recuerde:

- Tenga siempre a la mano su tarjeta de identificación, así como su identificación de Medicaid.
- Llame primero a su doctor si tiene un problema médico que no sea de peligro de muerte, o llame a la línea de ayuda de enfermeras de Superior, al 1-877-277-9772.
- Si no se puede comunicar con su doctor, llame a Superior, al 1-877-277-9772.
- Estamos aquí para atenderle las 24 horas al día, 7 días a la semana.

¡Gracias por elegir a Superior HealthPlan!

Manténgase conectado con el Portal y la aplicación móvil para miembros de Superior

El Portal seguro para miembros y la Aplicación móvil de Superior son herramientas prácticas y seguras para ayudarle a administrar su atención médica. Al crear una cuenta gratuita, podrá hacer lo siguiente:

- Ver su historia clínica.
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal.
- Revisar sus beneficios de salud.

Visite www-es.SuperiorHealthPlan.com y haga clic en “Inicio de sesión.”

Introducción

Aplicación móvil para miembros

Manténgase conectado

Superior HealthPlan facilita el acceso a la información de su cuenta dondequiera que esté, en una computadora o en su dispositivo inteligente. Es fácil ingresar, práctico de usar y está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Administre su plan en cualquier momento y en cualquier lugar.

Portal para miembros en línea

Configure su cuenta en 3 sencillos pasos

1. Vaya a Member.SuperiorHealthPlan.com.
2. Regístrese con su dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento y número de identificación de miembro (que encontrará en su tarjeta de identificación de Superior).
3. Verifique su cuenta a través de correo electrónico.

Aplicación móvil para miembros

Configure su cuenta en 3 sencillos pasos

1. Busque “Health Insurance Portal” en App Store o Google Play.
2. En el menú desplegable “estado”, seleccione “Texas”.
3. Use su información de inicio de sesión del portal para miembros de Superior o cree una cuenta para comenzar.

- Acceda a su tarjeta de identificación. Consulte una versión digital de su tarjeta de identificación de miembro de Superior en cualquier momento.
- Busque atención. Encuentre médicos y atención de urgencia cerca de usted, cambie su proveedor de atención primaria y más.
- Vea sus beneficios. Consulte los beneficios y servicios específicos del plan disponibles para usted.
- Realice su evaluación de salud. Háganos saber sus necesidades de salud para brindarle un mejor servicio.
- Envíenos un mensaje. Comuníquese con nosotros a través de mensajería segura si necesita ayuda.

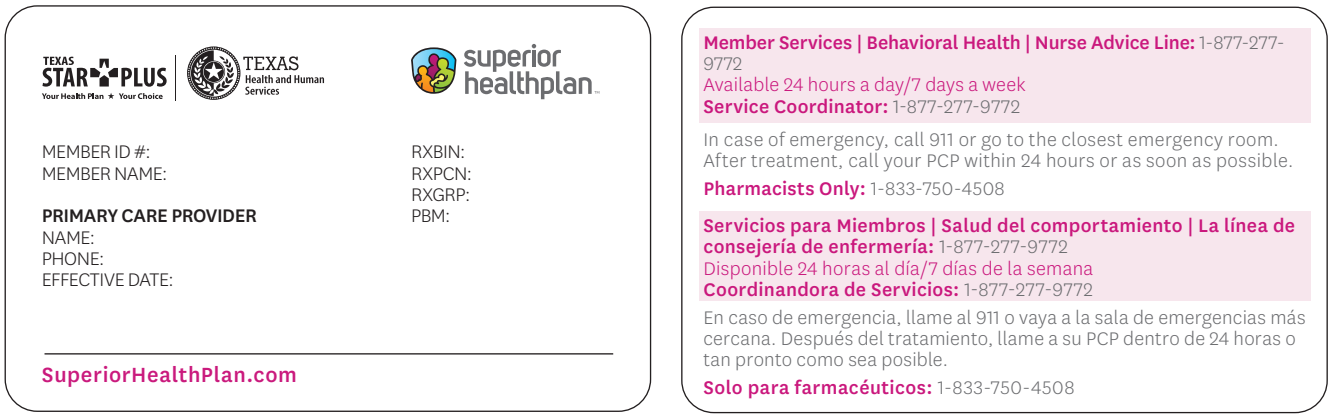
Si tiene preguntas, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772.

Introducción

Su tarjeta de indentificación de Superior

Debería recibir su tarjeta de identificación de Superior HealthPlan en el correo tan pronto como esté inscrito en Superior. A continuación aparecen las dos caras de la tarjeta de identificación de Superior. Si no recibe esta tarjeta, por favor llame a Superior, al número 1-877-277-9772. También puede acceder a su tarjeta de identificación en cualquier momento desde el Portal seguro de Superior o la Aplicación móvil para miembros. Para más detalles, consulte la página 2.

Tarjeta de identificación de Superior HealthPlan STAR+PLUS



Siempre lleve su tarjeta de identificación de Superior y ensénela cuando vaya al doctor, a la clínica o al hospital para recibir la atención que necesita. Su proveedor necesitará los detalles indicados en la tarjeta para verificar que usted es miembro de Superior. No deje que nadie más use su tarjeta de identificación de Superior.

Su tarjeta de identificación de Superior está en inglés y en español, y contiene:

- Nombre del miembro.
- Número de identificación del miembro.
- Nombre y número de teléfono del doctor.
- Número de teléfono gratis de Servicios para miembros, 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Número de teléfono gratis de Servicios de salud del comportamiento, 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Indicaciones sobre qué hacer en caso de emergencia.

Si pierde su tarjeta de identificación del miembro de Superior, o si cambia de nombre o necesita elegir otro médico o proveedor de cuidados primarios (PCP), llame a Superior al 1-877-277-9772. Recibirá una nueva tarjeta de identificación. También puede iniciar sesión en el Portal seguro para miembros o en la Aplicación móvil para miembros de Superior e imprimir una tarjeta de identificación temporal, guardar una versión digital de su tarjeta de identificación o solicitar su tarjeta de identificación por correo postal. Consulte la página 2 para obtener más información.

La información de su plan médico está disponible por Internet en www-es.SuperiorHealthPlan.com. También puede solicitar copias impresas de esta información contactando a Servicios para miembros.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) le enviará su tarjeta de identificación de Medicaid. En la siguiente página, encontrará más información sobre su tarjeta de identificación de Medicaid.

Si tiene doble calificación (recibe tanto Medicaid como Medicare), su tarjeta de identificación de Superior no enseñará ni el nombre ni el teléfono de su doctor. Eso se debe a que usted puede ir a su doctor de Medicare.

Medicaid

Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

Cuando alguien es aceptado en el programa Medicaid, recibe la tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta habitual de Medicaid. Debe llevarla consigo debidamente protegida, tal y como lo hace con la licencia de manejar o las tarjetas de crédito. Cuando usted vaya a una cita médica, el consultorio puede usar la tarjeta para verificar que usted es beneficiario de Medicaid.

Recibirá una sola tarjeta; solo en caso de que la pierda o se la roben recibirá una nueva. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando sin costo al 1-800-252-8263, o pedir e imprimir una tarjeta temporal por internet en YourTexasBenefits.com. Le proporcionarán un formulario de verificación temporal - Formulario 1027-A. Puede utilizar este formulario hasta que reciba otra tarjeta.

Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, llame sin costo al 1-800-252-8263 para informarse. También puede llamar al 2-1-1. Seleccione un idioma primero y después oprima el 2.

Su información de salud consta de una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted ha recibido a través de Medicaid. Compartimos esa información con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita usted. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin costo al 1-800-252-8263; o bien, visite YourTexasBenefits.com y elija no compartir su información de salud.

La tarjeta YTB de Medicaid tiene estos datos impresos en el frente:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid
- La fecha en que se le envió la tarjeta
- Los datos que la farmacia necesita para enviar el cobro a Medicaid
- Si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in), el nombre de su médico y farmacia
- El nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito si recibe:
  - Medicare (QMB, MQMB)
  - Programa Healthy Texas Women (HTW)
  - Atención para pacientes terminales
  - Programa STAR+PLUS
  - Medicaid de Emergencia, o
  - Presunción de derecho a beneficios (PE) para mujeres embarazadas

En el reverso de la tarjeta aparecen la dirección web (YourTexasBenefits.com) y el número gratuito 1-800-252-8263, recursos que puede usar si tiene preguntas sobre su nueva tarjeta YTB de Medicaid. Si no tiene su tarjeta consigo, el médico, el dentista o la farmacia pueden verificar por teléfono o en línea que usted es beneficiario de Medicaid.

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo siguiente (tanto para usted como para otra persona a cuya información médica o dental tenga acceso):

- Ver, imprimir o pedir una nueva tarjeta de YTB de Medicaid.
- Ver sus planes de seguro médico y dental.
- Ver los detalles de sus beneficios.
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas.
- Ver las alertas públicas.
- Ver los diagnósticos y tratamientos.
- Ver su historial de vacunas.
- Ver los medicamentos recetados.

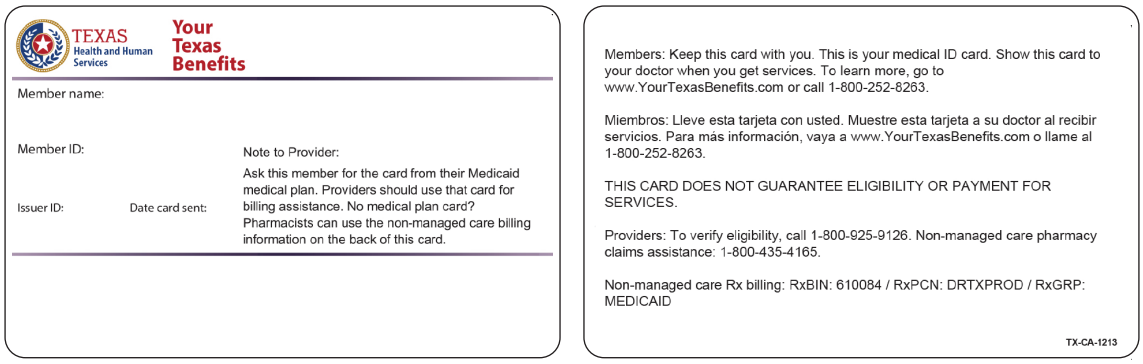
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental.

Para acceder al portal, visite YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en Entrar al sistema.
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en Crear una cuenta.
- Haga clic en Maneje su cuenta o sus aplicaciones.
- Vaya a la sección “Enlaces rápidos”.
- Haga clic en Servicios de Medicaid y CHIP.
- Haga clic en Ver servicios e información de salud disponibles.

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

Si pierde su tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas o se la roban, puede obtener una nueva llamando gratis al 1-800-252-8263. Le proporcionarán un formulario de verificación temporal: Formulario 1027-A. Puede utilizar este formulario hasta que reciba otra tarjeta.


TEXAS Health and Human Services
Your Texas Benefits
Member name:
Member ID:
Issuer ID:
Date card sent:
Note to Provider:
Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.

Members: Keep this card with you. This is your medical ID card. Show this card to your doctor when you get services. To learn more, go to www.YourTexasBenefits.com or call 1-800-252-8263.

Miembros: Lleve esta tarjeta con usted. Muestre esta tarjeta a su doctor al recibir servicios. Para más información, vaya a www.YourTexasBenefits.com o llame al 1-800-252-8263.

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.

Providers: To verify eligibility, call 1-800-925-9126. Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.

Non-managed care Rx billing: RxBIN: 610084 / RxPCN: DRTXPROD / RxGRP: MEDICAID

TX-CA-1213

Recuerde: Debe llevar su tarjeta de identificacion de Superior y su identificacion de Medicaid en todo momento.

Seguros privados y Medicaid

¿Qué pasa si tengo otro seguro a demás de Medicaid?

Usted tiene que avisar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que tenga. Debe llamar a la línea directa de Medicaid de Recursos para Terceros y actualizar el expediente de su caso de Medicaid si:

- Le cancelan el seguro médico privado.
- Consigue nueva covertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

Puede llamar gratis a la línea directa al 1-800-846-7307.

Si tiene otro seguro, aun puede llenar los requisitos de Medicaid. Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

Importante: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque tiene seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañia de seguro privado.

Medicaid

¿Cómo renuevo mi cobertura de Medicaid? ¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?

Para renovar su cobertura de Medicaid, busque el sobre Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) que diga "time sensitive" (documentos con vencimiento). Incluirá una carta. Recibirá dicha carta 3 o 4 meses antes de la finalización de sus beneficios. Deberá firmar un formulario de renovación. También es posible que se le pida más información. La forma más sencilla de hacer esto o de firmar el formulario de renovación es visitar YourTexasBenefits.com.

Si no realiza las acciones necesarias antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta, sus beneficios podrían finalizar. Llame a los Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772 si tiene alguna pregunta sobre la renovación de sus beneficios de Medicaid.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Apenas tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios del Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) llamando al 2-1-1 y al equipo de Servicios para Miembros de Superior al 1-877-277-9772. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Superior, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Superior, hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué pasa si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde su cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de antes. Si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicaid, puede visitar el sitio web, YourTexasBenefits.com, que figura en la parte de atrás de su tarjeta de beneficios de Texas Medicaid. También puede llamar a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS al 1-800-964-2777.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa lock-in. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid no cambian. Cambiar a una MCO diferente no cambiará su estado en el programa.

Para evitar que lo pongan en el Programa lock-in de Medicaid:

- Escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.
- Asegúrese de que su doctor de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que le envían, sean los únicos doctores que le receten medicamentos.

Para obtener más información, llame a Superior al 1-877-277-9772.

Recibir atención médica - proveedores de cuidado primario

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Cuando usted se inscribió en Superior, escogió a un doctor de nuestra lista de proveedores para que sea su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Esta persona va a:

- Asegurar que usted reciba la atención médica que necesitan.
- Darle a usted chequeos regulares.
- Recetarle medicamentos y artículos médicos cuando usted estén enfermos.
- Decirle si usted necesitan ver a un especialista.

¿Puede ser un especialista mi PCP?

Superior permitirá que especialistas actúen como PCP para los miembros que tienen una necesidad especial de atención médica. Los especialistas deben ser aprobados por Superior antes de ser su PCP. Dígale a su especialista si desea que él/ella sea su PCP. O, llame a Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772 para pedir ayuda.

Si usted es una mujer, puede elegir un obstetra (OB) o un ginecólogo (GYN) como su PCP. Llame a Superior al 1-877-277-9772 para buscar un proveedor obstetra ginecólogo que también sea proveedor de cuidados primarios. Tendrá que escoger un PCP para cada miembro de la familia que califique. Puede elegir entre:

- Pediatras (solo ven a niños)
- Práctica general/familiar (atienden a todas las edades)
- Medicina interna (por lo general atienden a los adultos)
- Ginecoobstetra (OB/GYN) (atienden a las mujeres)
- Centros de salud aprobados por el gobierno/ Clínicas de salud rural

¿Puede ser una clínica mi proveedor de cuidado primario? (RHC/FQHC)

¡Sí! Superior le permite escoger una clínica de Salud Rural (RHC) o un centro de salud aprobado por el gobierno federal (FQHC) como su proveedor de atención primaria. Un centro de salud aprobado por el gobierno federal (FQHC) es una clínica sin fines de lucro que ofrece atención a las personas que viven en lugares donde no hay proveedores disponibles. Una clínica de Salud Rural (RHC) ofrece atención a las personas que viven en áreas con pocos habitantes, donde no hay muchos proveedores disponibles. Si tiene preguntas, llame a Superior al 1-877-277-9772.

¿Qué pasa si opto por visitar a otro doctor que no sea el PCP mío?

Si visita a un doctor que no esté inscrito como proveedor de Superior, Superior no le pagará a ese doctor y le cobrarán a usted por los servicios.

Su PCP es su médico y tiene la responsabilidad de atenderlo. Se ocupa de conservar su historia clínica, coordinar con los especialistas que participan en su atención y conocer qué medicamentos está tomando; asimismo es la persona más adecuada para asegurarse de que esté recibiendo la atención que necesita.

Si tiene doble calificación, Medicare le pagará a su doctor. Eso quiere decir que no tiene que escoger un PCP en STAR+PLUS. Puede seguir con el doctor de Medicare que le ha estado dando su atención médica.

¿Cómo cambiar el proveedor de cuidado primario mío?

Si no está satisfecho con el doctor suyo, converse primero con ellos. Si aún sigue insatisfecho, llame a Superior al 1-877-277-9772. Pueden ayudarle a escoger a un doctor nuevo. Podría querer cambiar a su doctor en caso que:

- La oficina quede muy lejos de su casa.
- Hay que esperar demasiado para que le atiendan.
- No puede hablarle al doctor fuera de las horas de consulta.

¿Cuándo se inicia un cambio de PCP?

Una vez que se haya cambiado de doctor, recibirá una nueva tarjeta de identificación de Superior con el nuevo nombre y número de teléfono del consultorio. Este cambio se hará efectivo un mes después de que lo solicite. A veces, según las circunstancias, podríamos hacer el cambio de doctor en seguida.

Recibir atención médica - proveedores de cuidado primario

¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP?

No existe un límite para la cantidad de veces que puede cambiar de proveedor de atención primaria (PCP). Puede cambiar sus PCP llamando a nuestra línea gratuita al 1-877-277-9772 o enviando una carta a Superior. Los miembros pueden enviar el Formulario para solicitar un cambio de proveedor de atención primaria (PCP) por correo postal a:

Superior HealthPlan
Attn: Member Services
5900 E. Ben White Blvd., Building D
Austin, TX 78741
El formulario también puede enviarse por fax al 1-866-918-4447.

El formulario de solicitud de cambio de PCP está disponible en línea en www-es.SuperiorHealthPlan.com en Recursos para miembros y Formularios y enlaces útiles.

Para más información sobre cómo cambiar de PCP, consulte el Portal seguro para miembros de Superior. Para obtener más información, visite Member.SuperiorHealthPlan.com.

¿Existe alguna razón para que niegen mi solicitud de cambiar el PCP?

Cuando solicite que un cambio de doctor, le podrían negar en caso que:

- El nuevo doctor que eligió no acepta más pacientes.
- El nuevo doctor que eligió no es un proveedor de atención primaria de Superior.

¿Puede mi PCP cambiarme a otro PCP por causa de incumplimiento?

Sí. Si el doctor suyo considera que usted no está siguiendo sus consejos médicos o si usted falta demasiado a las citas, el doctor puede pedirle que se cambie a otro doctor. El doctor suyo le enviará una carta avisándole que necesita encontrar otro doctor. Si esto sucede, llame a Superior al 1-877-277-9772. Le ayudaremos a encontrar un doctor nuevo.

¿Qué pasa si mi doctor sale de la red de proveedores de Superior?

Si su médico decide que ya no desea participar en la red de proveedores de Superior, y dicho médico le está brindando tratamiento para una enfermedad, Superior trabajará con su médico para seguir cuidando de usted hasta que su historia clínica pueda ser transferida a un nuevo médico de la red de proveedores de Superior.

Si su doctor sale de su área, llame a Superior al 1-877-277-9772 y ellos le ayudarán a escoger otro doctor que le quede cerca a usted. Recibirá una carta de Superior avisándole cuándo será el último día en que su doctor es proveedor de la red de Superior y pidiéndole a usted que llame a Superior para que le podamos ayudar a escoger un doctor nuevo.

¿Dónde puedo encontrar una lista de proveedores de Superior?

El directorio de proveedores de Superior HealthPlan es una lista de proveedores de atención primaria (PCPs) de Medicare y Medicaid, médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de salud que están disponibles para usted. Puede encontrar esta lista en www-es.SuperiorHealthPlan.com. Simplemente haga clic en “Encuentre un Proveedor”. Si necesita ayuda, llame a Superior al 1-877-277-9772.

¿Qué pasa si tengo un proveedor fuera de la red?

Superior pagará al proveedor existente fuera de la red de un miembro por los servicios cubiertos hasta que los expedientes, la información clínica y la atención puedan transferirse a un proveedor dentro de la red, o hasta el momento en que el miembro deje de estar inscrito en STAR+PLUS, lo que ocurra primero. Superior permitirá que las miembros embarazadas que tienen más de 24 semanas de embarazo sigan bajo la atención de su obstetra ginecólogo actual hasta la revisión posparto, aunque el proveedor no pertenezca a la red.

Recibir atención médica - proveedores de cuidado primario

¿Qué ocurre si no hay disponible un proveedor dentro de la red?

Si los servicios cubiertos no están disponibles dentro de la red de Superior, Superior proporcionará a los miembros acceso oportuno y adecuado a proveedores de servicios cubiertos fuera de la red durante el tiempo que esos servicios sean necesarios y no estén disponibles dentro de la red. Superior no tiene la obligación de proporcionar a los miembros acceso a proveedores de servicios cubiertos fuera de la red si dichos servicios llegan a estar disponibles.

Continuidad de la atención y proveedores fuera de la red: Para los miembros recién inscritos, Superior se asegurará de que la atención no se altere o interrumpa. En el caso de los miembros que se trasladen de otra organización de atención médica administrada (MCO), Superior respetará las autorizaciones y planes de servicio existentes durante un máximo de 90 días después de la transición a Superior o hasta que Superior haya evaluado y valorado las necesidades de los miembros.

Plan de incentivos para doctores

Superior HealthPlan recompensa a los médicos por tratamientos que reduzcan o limiten los servicios a personas cubiertas por Medicaid. Sin embargo, los médicos que forman parte de un plan de incentivos no reducen ni limitan los servicios médicamente necesarios. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico principal) es parte de este plan de incentivos médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al 1-877-277-9772 para más información al respecto.

Recibir atención especializada

¿Qué pasa si yo necesitamos ver a un doctor especializado (especialista)?

Quizás su doctor quiera que usted vean a un doctor especializado (especialista) para ciertas necesidades médicas. Aunque el doctor suyo o de su hijo pueden atender a la mayoría de sus necesidades médicas, a veces van a querer que usted o su hijo sean atendidos por un especialista. El especialista ha recibido capacitación y tiene más experiencia para atender a ciertas enfermedades, malestares y lesiones. Superior cuenta con muchos especialistas que colaborarán con usted y con su doctor para atender a sus necesidades.

Si tiene calificación doble, puede seguir viendo al especialista de Medicare que prefiera.

¿Qué es un referido?

El doctor le consultará sobre las necesidades suyas o de su hijo y le ayudará a preparar una visita a un especialista que puede ofrecerle la mejor atención. Esto se llama un referido. El doctor suyo o de su hijo es la única persona que puede darle un referido para que visite a un especialista. Si usted o su hijo hacen una visita o reciben servicios de un especialista sin haber sido referido por su doctor, o si el especialista no es proveedor de Superior, es posible que usted tenga que pagar la cuenta. En ciertos casos, un ginecoobstetra también podría referirle para que reciba servicios relacionados.

¿Para cuáles servicios no se necesita un referido?

Usted no necesita un referido para:

- Servicios en una emergencia verdadera
- Atención de un ginecoobstetra (OB/GYN)
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios de la vista rutinarios
- Servicios dentales (para niños)
- Servicios de planificación familiar
- Tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias

¿Cuánto se demora hasta que el especialista me pueda ver?

En algunas situaciones, el especialista podría verlo/a inmediatamente. Dependiendo de la necesidad médica, podría tomar hasta tres (3) semanas obtener una cita para ver al especialista.

¿Necesita Superior aprobar los referidos de servicios médicos especializados?

Ciertos referidos podrían necesitar autorización de Superior para asegurar que el especialista pertenezca a Superior, y que la visita al especialista o el procedimiento especial sean necesarios. En esos casos, el doctor primero debe que llamar a Superior. Si ni usted ni su doctor están seguros de cuáles servicios especializados necesitan autorización, Superior le puede dar esa información. Superior estudiará la solicitud de servicios especializados y responderá con una decisión. Esto no tardará más de dos días laborales después de recibir toda la información necesaria de su doctor. Las decisiones son más rápidas en casos de atención de emergencia.

¿Qué significa la autorización previa? ¿Cómo puedo saber más?

Algunos servicios médicos requieren la autorización de Superior. Esto se denomina autorización previa. Puede saber más sobre qué servicios médicos necesitan autorización previa visitando www-es.SuperiorHealthPlan.com. Haga clic en “Para los miembros”, a continuación, haga clic en “Planes Medicaid y CHIP” y en “Recursos para miembros”. También puede llamar a Servicios para miembros al 1-877-277-9772. Nuestros empleados están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. con excepción de los días festivos aprobados por el estado.

Recibir atención especializada

¿Cómo pido una segunda opinión?

Tiene derecho a recibir una segunda opinión del proveedor de Superior si no está satisfecho con el plan de atención que le ofrece el especialista. Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) debería poder darle el referido a la cita para que reciba una segunda opinión. Si su doctor quiere que usted visite a un especialista que no es proveedor de Superior, esa visita necesita ser aprobada por Superior.

¿Qué pasa si yo tenemos que ser admitidos al hospital?

Si usted o su hijo tienen que ser admitidos a un hospital para recibir atención de paciente interno, su doctor debe llamar a Superior para notificarnos que fue admitido.

Si usted tiene elegibilidad doble, debe seguir las reglas de admisiones al hospital de su plan de Medicaid.

Superior estará al tanto de la atención que recibe usted o su hijo en el hospital para asegurar que la atención sea adecuada. La fecha de alta del hospital dependerá solamente de la necesidad médica de permanecer en el hospital. Cuando sus necesidades médicas ya no requieren servicios del hospital, Superior y el doctor suyo fijarán una fecha para que le den de alta del hospital.

Si usted o su doctor no está de acuerdo con la decisión de recibir el alta hospitalaria, tiene derecho a pedir una revisión de la decisión. Esto se llama una apelación. Sus derechos de apelar también se describen en este manual en la sección de apelaciones.

¿Qué sucede si yo vamos a la sala de emergencias?

Si usted necesita atención urgente o de emergencia, debe obtener atención médica de inmediato, y luego su doctor debe llamar a Superior lo más rápido que pueda. Si no sabe si necesita ir a la sala de emergencias, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de Superior disponible las 24 horas al 1-877-277-9772. Nuestro personal de enfermería está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días a la semana.

Consejo de Superior Sobre la Salud:

Utilice la cuchara, tasa o gotero que viene con la medicina líquida para asegurar que reciba la dosis correcta.

Recibir atención médica - centros de enfermecría

¿Qué hago si quiero ingresar a un centro de enfermecría?

Llame a su Coordinador de servicio si cree que podría querer ingresar a un centro geriátrico. Su Coordinador de servicio puede trabajar con usted para saber qué ayuda necesita.

¿Cuáles son los costos de un centro geriátrico? ¿Qué debo pagar yo?

El costo de vivir en un hogar de ancianos depende de dónde viva y los servicios que reciba. Los hogares de ancianos cumplen con sus necesidades médicas, sociales y psicológicas. Esto incluye:

- Alojamiento y comida.
- Servicios sociales.
- Medicamentos de venta libre, suministros médicos y equipo.
- Servicios de rehabilitación.
- Necesidades personales, tales como jabón, papel higiénico y crema.

Si usted prefiere usar artículos o marcas diferentes de las que proporciona el centro geriátrico, usted mismo tendrá que comprarlos. Pagará una cantidad fija al centro geriátrico por alojamiento y comida. Esta cantidad se llama su "ingreso aplicado". La cantidad dependerá de cuál sea su ingreso. Es importante que siempre pague su ingreso aplicado a tiempo y por completo al centro geriátrico. Puede guardar $75 cada mes para cosas como cortes de pelo, estampillas o ropa. Si usted lo necesita, el centro geriátrico puede preparar un fondo fiduciario para depositar sus $75. Hay otros artículos por los cuales usted mismo tendrá que pagar. Uno de estos se llama una "reservación de cama." Si se va del centro geriátrico, puede pagarle al centro para reservar su lugar. Su hogar de ancianos puede darle detalles. Además, el centro puede decirle cuánto le costaría una reservación.

¿Cambiarán mis beneficios STAR+PLUS si ingreso a un centro de enfermecría?

No. Sus servicios y beneficios de salud de Medicaid no cambiarán si ingresa a un centro geriátrico.

¿Cómo encuentro mi Coordinador de servicio si estoy en un centro de enfermecría?

Cada centro geriátrico tiene su propio Coordinador de servicio. Si usted se transfiere a otro centro geriátrico, tendrá otro Coordinador de servicio. El centro geriátrico puede decirle cómo se llama su Coordinador de servicio de Superior. El personal puede darle el número telefónico de su Coordinador de servicio. También puede llamar a Coordinación de servicios de Superior al 1-877-277-9772, para obtener su nombre y número de teléfono.

¿Dónde puedo encontrar una lista de los centros de enfermecría?

Para encontrar un centro de enfermería cercano a usted, llame a Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772.

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigor el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el 1 de junio.

Recibir atención médica - sólo para mujeres

¿Qué pasa si necesito servicios de obstetricia o ginecología y atención especializada, incluida la atención oncológica?

Puede obtener servicios de obstetricia y ginecología y atención especializada, incluida la atención oncológica, de su médico. También puede elegir un obstetra ginecólogo, un especialista en atención especializada o un especialista en oncología para que se ocupe de sus necesidades de salud de la mujer. Un obstetra ginecólogo puede proporcionar la atención de embarazos, hacer los chequeos anuales o tratar problemas de salud femeninos. No necesita un referido de un médico para recibir estos servicios. Su obstetra ginecólogo y su médico trabajarán en conjunto para garantizarle la mejor atención.

- Obstetras
- Ginecólogos
- Enfermeras parteras acreditadas

¿Tengo el derecho de escoger a un ginecoobstetra como mi proveedor de cuidado primario? ¿Necesitaré un referido?

Superior cuenta con algunos proveedores ginecoobstetras que podrían ser su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Si necesita ayuda para escoger a un ginecoobstetra, llame a Superior al 1-877-277-9772.

Superior le permite escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su PCP. Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envio a servicos del PCP. Los servicios de obstetricia y ginecología incluyen, entre otros, los siguientes:

- Un chequeo preventivo para la mujer cada año. (Exámenes de mama, mamografías, pruebas de papanicolaou)
- Atención relacionada con el embarazo.
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer.
- Derivación a un médico especializado dentro de la red.

¿Cómo escoger un ginecoobstetra?

Usted puede elegir un ginecoobstetra de la lista en el Directorio de proveedores de Superior en el sitio web al www-es.SuperiorHealthPlan.com. Simplemente haga clic en “Encuentre un Proveedor.” Superior le permite elegir a un obstetra ginecólogo, tanto si ese médico pertenece al mismo grupo que su médico de atención primaria (PCP) como si no. Si necesita ayuda para elegir un ginecoobstetra, llame al 1-877-277-9772. Si está embarazada, su ginecoobstetra le debe atender dentro de dos (2) semanas de su solicitud. Cuando haya elegido un ginecoobstetra, debe visitar el mismo ginecoobstetra en todas sus visitas para que ella/él se familiarice con sus necesidades médicas.

¿Si no escojo un ginecoobstetra, tendré acceso directo?

Si no escoge a un ginecoobstetra como su doctor principal, todavía puede recibir la mayoría de los servicios de un ginecoobstetra de Superior, sin necesidad de llamar a su doctor ni de recibir autorización de Superior. Todos los servicios de planificación familiar, atención de obstetricia, y servicios y procedimientos rutinarios de ginecología se pueden obtener directamente por parte del ginecoobstetra de Superior que escoja.

¿Podríamos yo con un ginecoobstetra fuera de Superior?

Si su obstetra ginecólogo no pertenece a la red de Superior, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772. Trabajaremos con su médico para que pueda seguir atendiéndola, o estaremos contentos de ayudarle a escoger un nuevo médico dentro del plan.

Recibir atención médica - mujeres embarazadas y madres nuevas

¿Qué pasa si me embarazo? ¿A quién debo llamar?

Si piensa o sabe que usted está embarazada, haga una cita con su doctor o con un ginecoobstetra. Ellos podrán confirmar si está embarazada y le aconsejarán sobre la atención que usted y su bebé por nacer necesitarán. Cuando sepa que está embarazada, llame a Superior al 1-877-277-9772. Superior le conseguirá un Administrador de atención para el embarazo quién se asegurará de que usted reciba la atención médica que necesite durante su embarazo.

¿Qué tan pronto podré yo o mi hija ser visto después de pedirle una cita al ginecoobstetra?

Su pensa que usted embarazada, doctor debería atenderle dentro de dos (2) semanas de solicitar la cita.

¿Cuáles otros servicios o actividades educativas ofrece Superior a la mujer embarazada?

Superior también cuenta con un programa especial, llamado Start Smart for Your Baby®, para ayudarle con su embarazo. Este programa responderá sus preguntas sobre el parto, el cuidado del recién nacido y los hábitos de alimentación. Superior también organiza *baby showers* educativos virtuales para enseñarle más sobre su embarazo y su nuevo bebé. Para obtener más información, visite nuestro sitio web ingresando a SuperiorHealthPlan.com/Eventos o llame a Servicios para miembros al 1-877-277-9772.

También puede conectarse con su equipo de atención médica a través de la aplicación Wellframe Care. Wellframe es una aplicación para su smartphone o tableta. Su enfermera de Superior puede responder preguntas relacionadas con su embarazo o ayudarla a encontrar recursos adicionales. La aplicación de Wellframe le envía sugerencias y consejos diarios para ayudar a que usted y su bebé se mantengan saludables. Además puede enviarle un mensaje privado a su enfermera en cualquier momento. Sabrá exactamente qué hacer y sentirá más apoyo a medida que avance el embarazo. Para realizar la instalación, descargue la aplicación Wellframe en su smartphone o tableta desde wellframe.com/download y seleccione Create My Account (Crear mi cuenta).

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Para encontrar un centro de maternidad cercano a usted, llame a su área, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772 o visite nuestra herramienta “Encuentre un Proveedor” en www-es.SuperiorHealthPlan.com.

¿Qué hago para inscribir a mi bebé recién nacido?

Si es miembro de Superior cuando tiene a su bebé, este será inscrito en Superior en la fecha de su nacimiento. Superior obtiene información del hospital para agregar a su bebé como un nuevo miembro de Superior. El hospital también notificará el nacimiento del bebé a Medicaid. Sin embargo, es importante que se ponga en contacto con la oficina del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) para informar también sobre el nacimiento de su bebé. Esto ayudará a asegurarse de que la inscripción de su bebé en Medicaid se procese tan pronto como sea posible para que pueda recibir toda la atención médica que necesite.

¿Cómo y cuándo le notifico a my plan de salud? ¿Cómo y cuándo le notifico a mi Administratdor de casos?

Debería notificar a Superior lo más pronto posible sobre el nacimiento del bebé. Posiblemente ya tendremos información sobre el nacimiento de su bebé, pero háganos saber por si acaso. Verificaremos con usted la fecha de nacimiento correcta del bebé, y confirmaremos que el nombre que tenemos de su bebé también esté correcto. Llame a su administrador de casos después de que nazca su bebé. No nececsita esperar hasta tener el número de seguro social de su bebé para inscribir a su bebé.

¿Puedo escoger el proveedor de cuidados primarios de mi bebé antes de que nazca? ¿A quién debo llamar?

Puede escoger el doctor de su bebé incluso antes de que nazca. Además, Superior puede ayudarle a escoger un doctor para su bebé. Tan solo llámenos al 1-877-277-9772.

Recibir atención médica - mujeres embarazadas y madres nuevas

Tenga en cuenta lo siguiente: Esto no es aplicable a los miembros de STAR+PLUS con doble elegibilidad para recibir beneficios.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el doctor o el proveedor de cuidados primarios de mi bebé?

Tan pronto como Superior sepa que usted está embarazada, le enviaremos información sobre el embarazo y el futuro bebé. Superior le pedirá que elija un doctor para su bebé incluso antes del nacimiento. De este modo, queda garantizado que el doctor de su bebé controlará al bebé mientras esté en el hospital y luego se ocupará de las necesidades de atención médica de su bebé después de que usted y el bebé dejen el hospital.

Si no ha seleccionado un doctor para el bebé antes del nacimiento, nos comunicaremos con usted para seleccionar un doctor para el bebé. Después de que el bebé tenga treinta (30) días, también puede cambiar el doctor del bebé si desea un doctor diferente al que escogió originalmente.

Tenga en cuenta lo siguiente: Esto no es aplicable a los miembros de STAR+PLUS con doble elegibilidad para recibir beneficios.

¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no reciba cobertura de Medicaid)?

Después del nacimiento de su bebé, es posible que pierda la cobertura de Medicaid. Podría recibir algunos servicios de atención médica por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas y del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Estos servicios son para las mujeres que solicitan los servicios y son aprobadas.

Recursos para la salud mental materna

En Superior, somos conscientes de la importancia de la salud mental, especialmente durante y después del embarazo. Estamos comprometidos a proporcionar a nuestras miembros acceso a los recursos y el apoyo que necesitan para un bienestar mental óptimo.

En cumplimiento de la legislación y de la iniciativa de la Red de Salud Mental Materna (Maternal Mental Health Network, MMHN) de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission, HHSC), Superior ha hecho que sea más fácil para sus miembros encontrar proveedores especializados en servicios de salud mental materna.

Para encontrar un proveedor

Las miembros podrán encontrar proveedores que ofrecen servicios de salud mental materna usando la herramienta para encontrar proveedores en el sitio web de Superior. Al usar la herramienta, las miembros pueden buscar proveedores que traten trastornos de salud mental materna, como la depresión o ansiedad posparto, en la sección Funciones de la oficina. Esta función limita los resultados de búsqueda de cada miembro para mostrar proveedores equipados para abordar condiciones relacionadas con la salud mental materna.

Proceso de evaluación y Referido

Superior ha desarrollado políticas y procedimientos internos para identificar a miembros que podrían tener una condición de salud mental materna. Si la evaluación determina un resultado positivo para una condición de salud mental materna, documentaremos el resultado y la referiremos para una confirmación del diagnóstico, el tratamiento, y los cuidados de seguimiento necesarios.

Apoyo y asistencia

Si tiene preguntas sobre el acceso a servicios de salud mental materna, o si necesita asistencia para encontrar un proveedor, nuestro equipo de Servicios para miembros puede brindarle ayuda. Para más información, comuníquese con Servicios para miembros llamando al 1-877-277-9772, o visite nuestro sitio web, www-es.SuperiorHealthPlan.com.

Recuerde que su salud mental es tan importante como su salud física. Superior está dedicado a brindarle apoyo a lo largo de su embarazo, y después del mismo.

Acceso a la atención - programas especiales de salud

Programa Healthy Texas Women

El Programa de Salud para la Mujer de Texas brinda exámenes de planificación familiar, pruebas de detección relacionadas y control de la natalidad a las mujeres entre 18 y 44 años cuyos ingresos del hogar no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Usted tiene que presentar una solicitud para saber si puede recibir servicios por medio de este programa.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través de Programa Healthy Texas Women, escriba, llame o visite el sitio web del programa:

Healthy Texas Women Program
P.O. Box 149021
Austin, TX 78714-9021
Teléfono: 1-877-541-7905 (línea gratuita)
Sitio web: healthytexaswomen.org
Fax: 1-877-466-2409

Programa de Servicios de Atención Médica Primaria de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)

El Programa de Servicios de Atención Médica Primaria de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) ofrece servicios a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a la misma atención a través de seguros u otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben ser iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200 % del nivel federal de pobreza). Es posible que una persona aprobada para recibir servicios tenga que pagar un copago, pero a nadie se le niegan los servicios debido a la falta de dinero.

La atención médica primaria se centra en la prevención de enfermedades, la detección temprana y la intervención temprana de los problemas de salud. Los servicios principales proporcionados son los siguientes:

- Diagnóstico y tratamiento.
- Servicios de emergencia.
- Planificación familiar.
- Servicios de salud preventivos, incluidas las vacunas y la educación para la salud, así como las pruebas de laboratorio, las radiografías, la medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados.

Los servicios secundarios que pueden brindarse son servicios de nutrición, pruebas de salud, cuidados de salud en casa, atención dental, traslados para las visitas médicas, medicamentos que receta su doctor (medicamentos con receta), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podología) y servicios sociales. Podrá llenar la solicitud para obtener los servicios de atención médica primaria en ciertas clínicas de su área. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria de la HHS en https://www.healthytexaswomen.org/find-doctor. Para obtener más información sobre los servicios que puede recibir a través del Programa de atención médica primaria, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: hhs.texas.gov/services/health/primary-health-care-program
Teléfono: 1-512-776-5922
1-800-222-3986 (línea gratuita)
Correo electrónico: PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

Acceso a la atención - programas especiales de salud

Programa de servicios para el cáncer de seno y cervical de Healthy Texas Women

El Programa de servicios para el cáncer de seno y cervical brinda servicios de atención primaria, preventivos y de detección a mujeres de 18 a 64 años cuyos ingresos sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por el DSHS. Los trabajadores sanitarios de la comunidad ayudarán a garantizar que las mujeres reciban los servicios preventivos y de detección que necesitan, como el examen clínico de mamas, la mamografía, el examen pélvico y la prueba de papanicolaou.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: healthytexaswomen.org/healthcare-programs/breast-cervical-cancer-services.
Teléfono: 1-512-776-7796
Fax: 1-877-466-2409
Correo electrónico: BCCSProgram@hhs.texas.gov

Programa de planificación familiar de Healthy Texas Women

El Programa de planificación familiar tiene clínicas en todo el estado que proporcionan opciones de control de la natalidad de calidad, fáciles de usar y a bajo costo para mujeres y hombres.

Para encontrar una clínica en su región, healthytexaswomen.org/find-doctor. Para obtener más información sobre los servicios que puede recibir a través del Programa de planificación familiar, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: healthytexaswomen.org/family-planning-program
Teléfono: 1-877-541-7905 (toll-free)
Email: famplan@hhs.texas.gov

Más servicios para tu salud

Los miembros de Superior pueden obtener beneficios adicionales además de sus beneficios habituales. Estos se llaman servicios de valor agregado. Para averiguar lo que podría ser capaz de obtener, consulte la página 53.

Recibir atención médica - las citas

¿Qué hago para pedir una cita?

Puede llamar al consultorio de su médico para programar una cita. Si necesita ayuda para programar una cita, solicitar servicio de transporte, servicio de interpretación u otro servicio, llame a Superior al 1-877-277-9772. El personal de Superior puede organizar una llamada a tres bandas entre usted, su representante autorizado o su LAR y la consulta de un proveedor para concertar una cita.

¿Qué necesito traer a las consultas con mi doctor?

Debe traer su identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación de Superior siempre que reciba servicios de atención médica. Cada vez tendrá que presentar su identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación de Superior. También debe traer una lista de las medicinas actuales de su.

¿Como recibir atención medica si está cerrada la oficina del doctor?

Si la oficina del doctor suyo o de su hijo está cerrada, el doctor tendrá un número que puede llamar las 24 horas del día. El doctor le puede decir que debe hacer en caso que no se sienta bien. Si no se puede comunicar con el doctor suyo, o si desea hablar con otra persona mientras espera que el doctor le devuelva la llamada, llame al la línea de ayuda de enfermeras de Superior al 1-877-277-9772. Nuestras enfermeras están listas para atenderle las 24 horas al día, 7 días a la semana. También puede llamar a Teladoc para problemas médicos que no sean de emergencia cuando el consultorio de su proveedor de cuidados primarios (PCP) esté cerrado. Llame a Teladoc al 1-800-835-2362 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite Teladochealth.com/Superior. Si piensa que tiene una emergencia verdadera, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué sucede si me enfermo o me lesiono cuando estoy de viaje o fuera de la ciudad?

Si usted o su hijo necesitan atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al 1-877-277-9772 y le ayudaremos a encontrar un doctor. Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya al hospital cercano, luego llámenos gratis al 1-877-277-9772.

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si usted o su hijo tienen una emergencia fuera del estado, vaya a la sala de emergencias más cercana para recibir atención médica. Si usted o su hijo se enferman y necesitan atención médica mientras se encuentran fuera del estado, llame a su doctor o a su clínica de Superior. El doctor le puede decir que debe hacer en caso que no se sienta bien. Si visita a un doctor o una clínica fuera del estado, deben estar inscritos en Medicaid de Texas para que se les pueda pagar. Por favor enseñe su identificación de Medicaid de Texas y su tarjeta de identificación de Superior antes que le atiendan. Pídale al doctor que llame a Superior para recibir el número de autorización. El número de teléfono que debe llamar aparece en la parte de atrás de la tarjeta de identificación de Superior.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Si está fuera de Estados Unidos y necesita atención médica, ningún servicio de atención médica que reciba estará cubierto por Superior. Medicaid no cubre los servicos médicos prestados fuera del país.

¿Qué sucede si soy un trabajador de campo migrante?

Puede realizar su chequeo regular más pronto si saldrá del área. Para obtener ayuda para programar una cita, llame a Superior al 1-877-277-9772.

Recibir atención médica - cambiar su plan de salud

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? ¿A quién debo llamar?

Puede cambiar su plan de salud llamando al la Línea de Ayuda del STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777. Puede cambiar de plan médico tan a menudo como quiera. Si está en el hospital, un centro de tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias (SUD), o centro residencial de desintoxicación para SUD, no puede cambiar de plan de salud hasta que lo den de alta.

¿Cuántas veces puede cambiar el plan de sallue? ¿Cuándo se hará efectivo el cambio de plan de salud?

Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera, pero no más de una vez al mes. Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primario del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigor el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el 1 de junio.

¿Qué pasa si vivo en un centro geriátrico y quiero cambiar mis beneficios de salud?

Si usted vive en un centro geriátrico, puede cambiar su plan de salud tan seguido como quiera, pero no más de una vez al mes. Puede cambiar su plan de salud llamando a la línea de ayuda del programa Texas STAR+PLUS al 1-800-964-2777.

¿Puede pedirme Superior HealthPlan que salga de su plan?

Sí. Superior podría pedir que le saquen a un Miembro del plan cuando hay “buena causa”. Una “buena causa” podría ser, entre otras cosas:

- Fraude o abuso por parte de un miembro.
- Amenazas o actos físicos que causen daños al personal o a un proveedor de Superior.
- Amenazas o maltratos contra el personal.
- Envío de comunicaciones digitales inapropiadas, amenazantes o explícitas.
- Robo.
- Dejar que otra persona utilice su tarjeta de identificación.
- Faltar reiteradamente a las citas.

Superior no le pedirá que salga del programa sin tratar de resolver con usted el problema. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame a Superior al 1-877-277-9772. Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) decidirá si se le puede pedir a un miembro que salga del programa.

Consejo de Salud de Superior

Gane recompensas al completar actividades saludables. Obtenga más información en SuperiorHealthPlan.com/Recompensas.

Cómo facilitar la atención: ayuda para acceder a la atención médica

¿Puedo tener un traductor cuando hablo con el doctor o proveedor mío? ¿A quién llamo para tener un traductor?

Superior cuenta con personal que habla en inglés y en español. Si habla otro idioma o es sordo/tiene problemas auditivos y necesita ayuda, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772 (TTY 1-800-735-2989).
También puede llamar a Servicios para miembros al 1-877-277-9772 si necesita que alguien lo/la acompañe a una visita médica para ayudarle a entender el idioma. Superior colabora estrechamente con empresas que cuentan con personas que hablan diferentes idiomas y que también pueden actuar como intérpretes de lenguaje de señas.

¿Con cuánta anticipación debo llamar? ¿Cómo puedo pedir que el traductor esté conmogo en el consultorio del proveedor?

Servicios para miembros le ayudará a preparar la visita al doctor. Se encargarán de que alguien le acompañe a su visita. Superior recomienda que llame al menos dos (2) días hábiles (48 horas) antes de su visita para coordinar el servicio de un intérprete en persona.

Programa de Transporte Médico de Superior: servicios de transporte médico para casos de no emergencia (NEMT)

¿En qué consiste el Programa de Transporte Médico (NEMT) de Superior?

El Programa de Transporte Médico de Superior (servicios de NEMT) proporciona transporte para concurrir a citas de atención médica sin carácter de emergencia para aquellos miembros que no dispongan de otras opciones de traslado. Estos viajes incluyen traslados al médico, el dentista, el hospital, la farmacia y otros lugares donde reciba servicios de Medicaid. Superior debe brindar la opción de transporte más económica que satisfaga las necesidades personales de un miembro. Estos traslados NO incluyen traslados en ambulancia, citas que no sean médicas, servicios no cubiertos, visitas a proveedores fuera de la red sin autorización ni visitas a proveedores que no estén inscritos como proveedores de Medicaid. SafeRide Health es la empresa encargada de prestar los servicios de transporte para los miembros de Superior.

¿Qué servicios son parte del Programa de Transporte Médico de Superior?

El Programa de Transporte Médico de Superior puede incluir muchos tipos de servicios de transporte. Por ejemplo:

- Pases o boletos de transporte, como de transporte público dentro de una misma ciudad o estado, y entre distintas ciudades o estados, incluido el transporte en tren o autobús.
- Servicios de transporte en aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte a demanda, que es un transporte de acera a acera en autobús, camioneta o sedán privado, incluidos los vehículos con acceso para sillas de ruedas, en caso de ser necesario. Estos son servicios de transporte donde se lo pasa a buscar y se lo lleva hasta el lugar indicado (entrada/salida de la casa o la clínica).
- Reembolso por distancia recorrida para el participante de transporte individual (ITP), que es aquel que utiliza su propio vehículo para hacer un viaje completo verificado con el fin de obtener un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir un reembolso del costo de las comidas relacionadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria para comidas es de $25 por día para el miembro y de $25 por día para un acompañante aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir un reembolso del costo del alojamiento relacionado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a pasar la noche y no incluyen los servicios usados durante la estadía, como llamadas telefónicas, servicio de habitación o de lavandería.

- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos antes de un viaje para cubrir servicios de NEMT (traslado/transporte) autorizados.

Si necesita un acompañante que viaje con usted a la cita, el Programa de Transporte Médico de Superior cubrirá esos costos de transporte.

Los niños de 14 años o menos deben ir acompañados por el padre, la madre, un tutor u otro adulto autorizado. Los adolescentes de 15 a 17 años deben estar acompañados por el padre, la madre, un tutor u otro adulto autorizado, o tener el consentimiento registrado de alguna de estas personas para viajar solos. No se requiere consentimiento de los padres si el servicio de atención médica es confidencial.

Monitoreo del transporte y uso responsable

Superior quiere asegurarse de que tenga acceso a los servicios de transporte necesarios. Como parte de nuestra responsabilidad, monitoreamos los patrones de uso para identificar oportunidades para ayudarle.

¿Cómo obtengo transporte?

Puede solicitar los servicios de NEMT a través del Programa de Transporte Médico de Superior proporcionado por SafeRide Health. Si necesita transporte, llame a SafeRide Health. SafeRide Health cuenta con personal que habla inglés y español y, si habla otro idioma, también ofrece servicios de interpretación.

Debe solicitar los servicios de NEMT (transporte) con la mayor antelación posible, y como mínimo dos días laborables (hábiles) antes de la fecha en la que necesite el traslado. En determinados casos, puede solicitar transporte con un aviso de menos de dos días laborables (hábiles). Estos casos comprenden los siguientes:

- Traslado después de haber recibido el alta hospitalaria.
- Traslados a la farmacia para recoger un medicamento o insumos médicos aprobados.
- Traslados por afecciones urgentes. Una afección urgente es un problema de salud que no reviste emergencia, pero que es lo suficientemente grave o doloroso para requerir tratamiento en un plazo de 24 horas.

Para traslados de más de 75 millas, SafeRide Health requiere que se avise con al menos cinco (5) días laborables de antelación.

SafeRide Health

Centro de llamadas/citas: 1-855-932-2318; TTY: 7-1-1

Horario: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. CT

Where's My Ride (para verificar la ubicación del transporte): 1-855-932-2319; TTY: 7-1-1

Horario: De lunes a sábado de 4:00 a.m. a 8:00 p.m. CT

¿Cómo puedo saber dónde se encuentra mi transporte?

Puede llamar al 1-855-932-2319 para conocer el estado de su transporte.

¿Cómo modifico o cancelo mi viaje?

Si su cita médica se cancela, debe informar a SafeRide Health antes del viaje aprobado y programado. Para modificar o cancelar su viaje, inicie sesión en el portal de miembros de SafeRide Health (https://superior.member.saferidehealth.com/login) o llame a SafeRide al 1-855-932-2318. Llame con 24 horas de antelación para modificar o cancelar su viaje.

¿A quién debo llamar si tengo una queja sobre el programa de transporte?

Si tiene algún problema con el Programa de Transporte Médico de Superior, llame a SafeRide Health al 1-855-932-2318.

Cómo facilitar la atención: ayuda para acceder a la atención médica

Servicios de telesalud

¿Qué son los servicios de telesalud?

Los servicios de telesalud son visitas de atención médica virtuales con un proveedor a través de una aplicación móvil, de un video por Internet o del teléfono. La mayoría de los proveedores de la red de Superior ofrecen servicios de telesalud para determinadas necesidades de atención médica. Pregunte a su proveedor si ofrece servicios de telesalud. Los miembros de Superior pueden acceder a doctores, según lo necesiten, por teléfono y/o video por cuestiones médicas que no revistan emergencia. Puede recibir asesoramiento médico, un diagnóstico y una receta cuando sea adecuado.

Superior administra los servicios de telesalud con proveedores de la red de la misma forma en que lo hace para las visitas personales con proveedores de la red.

- La visita de telesalud con un proveedor de la red de Superior no requiere autorización previa.
- La visita de telesalud con un proveedor de la red de Superior está sujeta a los mismos copagos, coseguros y montos deducibles que una visita personal con un proveedor de la red. Para los miembros de Superior, las visitas de telesalud con un proveedor de la red de Superior no tienen costo.

Los servicios de telesalud y telemedicina están disponibles para usted cuando el consultorio de su proveedor de cuidados primarios (PCP) está cerrado. Puede recibir ayuda médica para enfermedades como:

- Resfríos, gripe y fiebre
- Sinusitis, alergias
- Infecciones respiratorias
- Conjuntivitis
- Sarpullido, afecciones de la piel
- Salud del comportamiento*

En el caso de los servicios de telesalud, puede programar una cita para un momento que sea conveniente para usted. Use la siguiente información para empezar:

1. La mayoría de los proveedores de la red de Superior ofrecen servicios de telesalud para determinadas necesidades de atención médica. Pregunte a su proveedor si ofrece servicios de telesalud.
2. Para obtener ayuda las 24 horas, los 7 días de la semana, puede registrarse y activar su cuenta de Teladoc a través de Teladochealth.com/Superior o por vía telefónica al 1-800-835-2362 (TTY: 711).

*En este momento, los servicios de salud del comportamiento de telesalud se ofrecen a través de Teladoc y están disponibles únicamente para miembros de Superior de 18 años en adelante.

- Solicitar un PCP
- Restablecer la contraseña de la solicitud
- Actualizar su perfil de seguridad

Cómo facilitar la atención: ayuda para acceder a la atención médica

Historia clínica digital

¿Qué opciones tengo para gestionar mi historia clínica digital?

Desde 2021, una nueva norma federal facilita la gestión de la historia clínica digital por parte de los miembros de Superior*. Esta norma se denomina Norma de interoperabilidad y acceso de los pacientes (CMS-9115-F) y facilita la obtención de sus expedientes médicos cuando más los necesita.

Ahora tiene acceso completo a su historia clínica a través de su dispositivo móvil. Esto le permite gestionar mejor su salud y saber qué recursos tiene disponibles.

*La parte de esta norma que rige el intercambio de datos entre pagadores permitirá a los miembros, antiguos y actuales, solicitar el traslado de sus expedientes médicos cuando cambien de plan médico. Para obtener más información sobre esta norma, visite la sección de Intercambio de datos entre pagadores que se encuentra en la página web a continuación.

La nueva norma facilita la búsqueda de información** sobre:

- reclamos (pagados y denegados);
- cobertura de farmacia para los medicamentos;
- partes específicas de su información médica;
- proveedores de atención médica.

**Puede obtener información sobre las fechas de servicio a partir del 1.° de enero de 2016.

Para más información, visite https://www.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/interoperability-and-patient-access.html.

Telesalud se ofrece de manera gratuita

Puede acceder fácilmente a un médico cuando quiera ver a uno sin salir de casa. Evite la sala de emergencias (ER) y la atención de urgencia con el acceso las 24 horas a proveedores que son parte de la red para tratar problemas médicos que no son de emergencia. Obtenga más información sobre telesalud en la página 22.

La definición de atención

¿Qué es atención médica de rutina? ¿Cuándo deberían atenderme?

Si su necesita un chequeo físico, esto significa que la visita es de rutina. SSu doctor lo atenderá dentro de dos (2) semanas (antes si posible).

A Superior le dará mucho gusto ayudarle a conseguir una cita, simplemente llámenos al 1-877-277-9772.

Debe ser atendido por un proveedor de Superior para la atención urgente y de rutina. Siempre puede llamar a Superior al 1-877-277-9772 si necesita ayuda para escoger un proveedor de Superior.

Recuerde: Es mejor consultar a su médico antes de enfermarse para que pueda entablar una relación con él. Cuando tenga un problema médico, será mucho más fácil llamar a su médico si este ya lo conoce.

¿Qué es la atención médica urgente?

La atención urgente es otro tipo de atención. Hay algunas enfermedades y lesiones que quizás no sean emergencias pero pueden convertirse en una emergencia si no se tratan dentro de 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortadas pequeñas
- Dolores de oído
- Dolores de garganta
- Torceduras o esguinces musculares

¿Qué debo hacer si necesito atención médica de urgencia?

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de Superior. Para recibir ayuda, llámenos gratis al 1-877-277-9772. También puede llamar a nuestra Línea de ayuda de enfermeras las 24 horas al 1-866-912-6283 para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

Si el consultorio de su proveedor de cuidados primarios (PCP) está cerrado, también puede llamar a Teladoc para problemas médicos que no sean de emergencia. Llame a Teladoc al 1-800-835-2362 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite Teladochealth.com/Superior.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

Podrá ver su doctor dentro de 24 horas para una cita de cuidado urgente. Si su doctor le dice que vaya a una clínica de cuidado urgente, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de cuidado urgente tiene que aceptar Superior Medicaid.

¿Qué es la atención médica de emergencia? ¿Con qué rapidez puedo esperar a que me atiendan?

La atención de médica de emergencia se ofrece para los casos de condiciones médicas de emergencia, y condiciones de salud del comportamiento de emergencia. El tiempo de espera de emergencia será basado en sus necesidades médicas y determinado por el centro de emergencia que lo está tratando.

¿Qué es una condición de emergencia de salud del comportamiento?

Una padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de emergencia significa cualquier padecimiento que según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

- Requiera intervención o atentión médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o
- Hace que el Miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

La definición de atención

¿Qué es un emergencia o una padecimiento medicado emergencia?

Una padecimiento médico que manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (inclusive dolor muy fuerte), que la persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y medicina, podría deducir que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultar lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud del paciente.
- Ocasioner problemas graves en las funciones corporales.
- Ocasioner disfunción grave de algun órgano vital o parte del cuerpo.
- Ocasioner desfiguración grave.
- En el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

¿Qué es servicios de emergencia y atención de emergencia?

Servicios de emergencia y atención de emergencia significan los servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valor o estabilizar un padecimiento médico o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de posestabilización.

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

Consejo de Salud de Superior

Si tiene diabetes, trate de mantener su nivel de HbA1c por debajo del 7%. ¿Necesita más información sobre cómo controlar su diabetes? Llame a Superior al 1-877-277-9772.

¿Qué significa atención médica?

¿Adónde debería ir para recibir atención?

Cuando se enferma o lesiona, tiene varias opciones para obtener la atención que necesita. Use nuestra herramienta "Encuentre un proveedor" en www-es.SuperiorHealthPlan.com para encontrar un doctor de la red de Superior, o llame a Servicios para afiliados al 1-877-277-9772. También puede usar la Aplicación móvil de Superior o el Portal seguro para miembros para encontrar un proveedor.

¿Necesita ver a su médico de atención primaria (PCP)?

Su PCP es su médico principal. Llame al consultorio para programar una visita si no necesita atención médica inmediata.

Vea a su PCP si necesita:

- Ayuda con resfríos, gripes o fiebres
- Atención para problemas continuos de la salud como el asma o la diabetes
- Un examen anual de bienestar
- Vacunas
- Consejo sobre su salud en general

¿Necesita consultar a su psiquiatra?

El psiquiatra es su doctor de atención primaria de la salud del comportamiento. Si no necesita atención psiquiátrica de inmediato, llame al consultorio para programar una visita.

Consulte al psiquiatra en los siguientes casos:

- Tiene cambios de humor que duran más de 3 días.
- Tiene cambios en el patrón de sueño.
- Necesita un nuevo surtido de medicinas.

Si tiene pensamientos sobre lastimarse o lastimar a otras personas, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER).

¿Necesita llamar a nuestra Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7?

Nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 es una línea telefónica gratuita para información de salud. Los enfermeros están disponibles para contestar preguntas sobre su salud y conseguirle ayuda.

Comuníquese con nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 si necesita:

- Ayuda para saber si debe consultar a su PCP o a su psiquiatra
- Ayuda para cuidar de un niño enfermo
- Respuestas a preguntas sobre su salud física o su salud del comportamiento.

¿Necesita servicios de telesalud?

Telesalud brinda un conveniente acceso las 24 horas del día a proveedores de atención de la salud pertenecientes a la red para tratar asuntos de salud que no son de emergencia. Puede obtener consejo médico, un diagnóstico o una receta por teléfono o video. Use Telesalud en cualquier momento, o haga una cita para el lugar y el momento en que la necesite. Comuníquese con Telesalud para enfermedades como:

- Problemas de los senos nasales y alergias
- Resfriados, gripe y fiebres
- Infecciones de las vías respiratorias superiores
- Erupciones y problemas de la piel

¿Qué significa atención médica?

¿Necesita ir a un centro de atención urgente?

Si no puede esperar para una cita con su PCP, un centro de atención urgente le puede dar atención práctica y rápida para problemas de salud más inmediatos. Vaya a un centro de atención urgente si tiene una lesión o enfermedad que se debe tratar dentro de las siguientes 24 horas.

Visite su centro de atención urgente más cercano para:

- Esguinces
- Infecciones de oído
- Fiebres altas
- Síntomas de la gripe con vómito

Los centros de atención urgente ofrecen tiempos de espera más cortos que la sala de emergencia.

¿Necesita ir a la sala de emergencia?

Vaya a la sala de emergencia si su enfermedad o lesión pone la vida en peligro. Si tiene una emergencia, llame al 911 en seguida o vaya al hospital más cercano.

Vaya inmediatamente a una sala de emergencia si tiene:

- Dolores de pecho
- Sangrado que no para
- Falta de aliento
- Huesos rotos
- Intoxicación
- Cortes o quemaduras graves
- Pensamientos sobre lastimarse a lastimar a otros

Recuerde llevar su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de identificación de Medicaid cuando visite a su proveedor de cuidados primarios (PCP), vaya a un centro de atencion de urgencias o a la sala de emergencias.

Consejo de Salud de Superior

Para mantenerse al día sobre el coronavirus (COVID-19), visite https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/coronavirus-updates.html.

¿Qué significa atención médica?

Adónde ir para recibir atención

Llame a los Servicios para miembros de Superior al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para que lo ayuden a encontrar un doctor o programar una cita.

¿SU enfermedad o lesion pone en riesgo su vida?
(Ej: dificultad para respirar, dolores de pecho, hemorragias, intoxicación, quemaduras, un hueso roto o pensamientos de hacerse daño a si mismo o a otros)

Sí | No

Llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias?

Acuda inmediatamente a una sala de emergencias para:

- Dolores en el pecho
- Hemorragias
- Dificultad para respirar
- Huesos quebrados
- Intoxicación
- Cortes o quemaduras severas
- Pensamien tos de hacerse daño a si mismo o a otros

¿Tiene una lesión fisica o una enfermedad como la gripe, una infección de oído o fiebre?

Sí | No

¿Quiere consultar a un medico?

¿Quiere consultar con un enfermero para que lo aconseje?

¿El consultorio de su medico esta abierto?

Sí | No

Llame a la Linea de Asesoramiento
Obtenga respuestas rápidas y confiables a sus preguntas de salud.

Llame a su proveedor de atencion primaria
Haga una cita para ver a su médico de carbercera.

Acceda a los servicios de telesalud.
Obtenga servicios de atención médica digital las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a través de servicios de telesalud. Hable con un doctor desde su teléfono inteligente, tableta o computadora de escritorio.

Vaya a una guardia
Sea diagnosticado y tratado rápidamente por enfermedades menos graves o lesiones. Pregunte si el consultorio de su médico atiende en horario extendido o fuera de horario.

La definición de atención

¿Qué significa médicamente necesario?

Los servicios cubiertos para miembros de STAR+PLUS deben coincidir con la definición de STAR+PLUS de lo que significa "médicamente necesario."

Médicamente necesario significa:

(1) Para los miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:

(a) son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimiento médicos que porvoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen emperoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;

(b) se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;

(c) cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobabdas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;

(d) son acordes con el diagnóstico del padecimiento;

(e) son los menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;

(f) no experimentales ni de estudio; y

(g) no principalmente para la conveniencia del miembro ni del proveedor, y

(2) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:

(a) son razonables y necesitan para el diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;

(b) cumplen con los pautas y normas clinicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;

(c) se dan en el ambiente más apropiado y menos restringido en el que se pueden ofrecer los servicios de manera segura;

(d) se prestan en el lugar más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;

(e) no se pueden negar sin verse afectada la salud mental of física del miembro o la calidad de la atención prestada;

(f) no son experimentales ni de estudio; y

(g) no son principalmente para la conveniencia del miembro ni del proveedor.

Beneficios y servicios

¿Qué beneficios de atención médica tengo? ¿Cómo los obtengo?

El doctor colaborará con usted para asegurar que reciba los servicios que necesita. Estos servicios deben ser ofrecidos por su doctor o ser referidos por su doctor a otro proveedor.

Todos estos servicios de atención médica se llaman beneficios de cuidado agudo. Esto significa que los beneficios/servicios están disponibles cuando se enferma o cuando los usa para evitar enfermarse. Los beneficios de cuidado agudo son para servicio de doctor, hospital y laboratorio. Los debe usar para la atención médica o mental. La siguiente lista le indica algunos de los servicios médicos que puede recibir de Superior:

- Servicio de ambulancia
- Servicios de audiología (incluye audífonos)
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios de centro de maternidad
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis
- Equipo médico durable y suministros
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Atención médica en el hogar (requiere un referido)
- Laboratorio
- Chequeos médicos
- Centro de atención geriátrica
- Optometría, anteojos y lentes de contacto si son médicamente necesarios
- Servicio de podología
- Cuidado prenatal
- Medicamentos recetados
- Servicios de cuidado primario
- Radiología, toma de imágenes y rayos X
- Servicios de doctores especializados
- Telemonitoreo
- Terapias – física, ocupacional y del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Recetas ilimitadas
- Servicios de la vista
- Chequeo preventivo una vez al año para pacientes de 21 años y mayores
- Servicio de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados

Además, existen otros servicios que puede obtener de Medicaid, que incluyen:

- Transporte a las citas médicas
- Servicios para mujeres, bebés y niños (WIC)

Recuerde: Si tiene doble calificación, estos servicios de atención médica están cubiertos por Medicare. Todavía puede seguir yendo a su doctor de Medicare para los servicios que necesite.

¿A quién llamo para recibir más información sobre los servicios?

Para recibir más información sobre sus beneficios de cuidado agudo, llame a Superior al 1-877-277-9772.

Llame a Superior: disponible las 24 horas del día

¿Tiene una pregunta sobre la salud? Llame a la línea de asesoramiento de enfermería de Superior: disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Simplemente llame al 1-877-277-9772.

Beneficios y servicios

¿Para cuáles servicios soy elegible como Miembro del programa de Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical (MBCC)?

Miembros del programa de MBCC son elegibles para todos los beneficios disponibles bajo el programa STAR+PLUS, según lo detallado en este manual. Las miembros del programa MBCC, de 18 a 20 años, pueden recibir beneficios adicionales. Llame a Superior al 1-877-277-9772 por cualquier pregunta específica sobre los beneficios.

¿Hay algunos límites a los servicios cubiertos?

La mayoría de los servicios de Medicaid para niños (menores de 21 de edad) no tienen ningún límite. Algunos servicios de Medicaid para adultos (mayores de 21 años de edad) sí tienen límites, como cuidados de la salud del comportamiento para paciente interno, servicios de salud en el hogar y servicios de terapia. Si tiene alguna pregunta sobre los límites a cualquier servicio cubierto, pregunte a su doctor o llama a Superior al 1-877-277-9772. Le informaremos si cierto servicio tiene algún límite.

¿Cuáles servicios no están cubiertos por STAR+PLUS?

La lista siguiente contiene algunos servicios que no cubre ni el programa STAR+PLUS ni Superior:

- Servicios recibidos de un Proveedor que no está inscrito en Medicaid.
- Servicios o artículos que sirven sólo para propósitos cosméticos.
- Artículos para la limpieza y el arreglo personal.
- Servicios que se consideran como experimentales o para la investigación.
- Cirugía de reafirmación de género.
- Cuidados que no tengan necesidad médica.
- Servicios no aprobados por el proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés), a no ser que no se necesite la aprobación del proveedor (por ejemplo, planificación familiar, y salud del comportamiento).
- Abortos, excepto en la forma permitida por la ley.
- Servicios de infertilidad.

Usted es responsable de los servicios que no estén cubiertos por Medicaid. Es responsabilidad suya determinar cuáles servicios no están cubiertos.

Recuerde: Si tiene alguna pregunta sobre si algún servicio está cubierto o no, por favor llame al Servicos para miembros al 1-877-277-9772.

¿Qué es la Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW)?

La administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW) es un programa que ofrece servicios de administración de casos relacionados con la salud a niños, adolescentes, jóvenes adultos (desde el nacimiento hasta los 20 años) y mujeres embarazadas que reciben Medicaid y tienen problemas de salud o corren un alto riesgo de tenerlos. La administración de casos para niños y mujeres embarazadas está gestionada por Superior HealthPlan.

Administración de casos para niños y mujeres embarazadas

¿Necesita ayuda para encontrar y obtener servicios? Es posible que un administrador de casos de CPW le ayude.

¿Quién puede obtener un administrador de casos de CPW?

Los niños, los adolescentes, los jóvenes adultos (desde el nacimiento hasta los 20 años) y las mujeres embarazadas que reciben Medicaid y tienen problemas de salud o corren un alto riesgo de tenerlos.

Beneficios y servicios

¿Qué hacen los administradores de casos de CPW?

Un administrador de casos de CPW lo visitará y después:

- Averiguará los servicios que necesita.
- Le enseñará a encontrar y recibir otros servicios.
- Encontrará servicios cerca de donde vive.
- Se asegurará de que está recibiendo los servicios que necesita.

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos de CPW pueden realizar visitas en persona para satisfacer las necesidades de usted y su familia. Los administradores de casos de CPW pueden ayudarle para lo siguiente:

- Obtener servicios médicos y dentales con los médicos adecuados.
- Obtener equipos y suministros médicos.
- Encontrar los recursos comunitarios adecuados para sus necesidades.
- Acceder y abordar cuestiones relacionadas con la educación y la escuela.
- Tramitar la solicitud de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y apelar una denegación de la misma.
- Desarrollar planes de servicio para sus necesidades insatisfechas.
- Asegurar que se satisfagan las necesidades identificadas en el plan de servicios.
- Trabajar en temas escolares o educativos.
- Trabajar en otros problemas.

Los administradores de casos de CPW no pueden hacer lo siguiente:

- Proporcionar atención médica ni educación sobre la salud.
- Proporcionar servicios clínicos, médicos o terapéuticos.
- Brindarle un diagnóstico médico o de salud mental.
- Determinar si hay necesidad de acudir a un especialista.

¿Quién me ayudará con las actividades de CPW en curso?

Superior dispone de enfermeras, médicos de salud del comportamiento y trabajadores sociales para poder proporcionarle la administración de casos que necesita. Puede recibir servicios de administración de casos de un proveedor de CPW que tenga un contrato con Superior o con el personal de la Administración de Atención de Superior. Superior le ayudará a decidir quién le proporcionará la administración de casos.

¿Cómo puedo obtener un administrador de casos de CPW?

Para obtener más información sobre los servicios de administración de casos de CPW, comuníquese con Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772 o llame a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 (línea gratuita), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

¿Qué beneficios tengo de servicio y soporte a largo plazo (LTSS)?

Los servicios y soportes a largo plazo son beneficios que le ayudan a mantenerse saludable e independiente en su hogar o comunidad. Los servicios a largo plazo le ayudan con las necesidades funcionales como bañarse, vestirse, tomar medicamento o preparar alimentos. Son igual de importantes como los servicios de cuidado agudo. Superior ofrece acceso directo a los proveedores que se adaptan a sus condiciones y necesidades. Si bien no se necesita un referido, Superior requiere una evaluación en el hogar antes de poder autorizar servicios. Para obtener estos servicios, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772.

Beneficios y servicios

Existen dos beneficios de apoyo y servicio de atención a largo plazo que todos los miembros de Superior STAR+PLUS pueden obtener:

- Servicios de Ayudante Personal (PAS)
- Servicios de Actividad Diurna y Salud (DAHS)

Hay otros beneficios a largo plazo que pueden recibir algunos miembros de Superior STAR+PLUS de acuerdo a sus necesidades médicas. Se llaman "Home and Community Based Services (HCBS) STAR+PLUS Waiver". Estos son:

- Ayudas para la adaptación y equipo médico
- Cuidado de crianza para adultos
- Ayuda con la vida diaria
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Servicios de ayudante personal dirigidos al consumidor
- Servicio de Respuesta a Emergencias (ERS) - botón de llamada de emergencia
- Asistencia laboral y empleo con apoyo
- Comidas entregadas en su casa
- Suministros médicos
- Modificaciones menores a su casa
- Servicios de enfermería (en el hogar)
- Servicios de Ayudante Personal (PAS)
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Supervisión de protección
- Cuidado de relevo
- Opción de responsabilidad de servicios para servicios de ayudante personal
- Algunos cuidados dentales
- Servicios de ayuda para la transición

¿Cómo obtener estos beneficios? ¿A quién llamo para obtener estos servicios?

Superior se compromete a ayudar a que sus miembros encuentren atención médica adecuada. Si tiene alguna pregunta sobre la atención a largo plazo, por favor llámenos al 1-877-277-9772.

¿Cuáles son mis opciones para elegir cuando mis servicios pueden ser autodirigidos?

Para cada servicio que tenga la opción de ser administrado por el cliente, debe elegir una de las opciones de la siguiente página (Servicios administrados por el cliente, Responsabilidad por el servicio, Agencia). Es posible elegir una opción diferente para cada servicio o la misma opción para todos. Si necesita ayuda para decidir, su Coordinador de servicios está disponible para ayudarlo.

Servicios dirigidos al consumidor

Los servicios dirigidos al consumidor (CDS) ofrecen una manera de tener más opciones y control sobre algunos de los servicios de apoyo a largo plazo que recibe. Como miembro de STAR+PLUS, puede optar por recibir los CDS.

Con los CDS usted puede:

- Buscar, escoger, emplear y despedir (si es necesario) a personas le ofrecen servicios (su personal)
- Capacitar y dirigir a su personal

Estos son los servicios que usted puede administrar bajo CDS:

- Cuidado de asistente
- Habilitación de CFC
- Servicios de asistencia personal de CFC
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Ayuda con el empleo
- Enfermería
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Atención de relevo
- Terapia del habla
- Consulta de apoyo
- Empleo con apoyo

Si opta por participar en CDS, se contratará con una agencia servicios dirigidos por el consumidor (CDSA). La CDSA le ayudará a iniciarse y le dará capacitación y apoyo si lo necesita. La CDSA pagará a su personal y le ayudara con sus impuestos.

Comuníquese con su Coordinador de servicios para informarse más sobre CDS. También puede llamar su Coordinador de servicios al 1-877-277-9772.

Beneficios y servicios

Opción de responsabilidad del servicio

En la opción de responsabilidad del servicio (SRO), usted o su representante legal autorizado deben elegir una agencia de la red que es el empleador de registro. Luego, seleccionaría su asistente personal, enfermero/a o terapeuta de los empleados de la agencia. Usted proporciona información cuando establece el cronograma y gestiona los servicios. También puede supervisar y entrenar a sus empleados. Puede solicitar un asistente personal, enfermero/a o terapeuta diferente. La agencia le ayudará con su solicitud. La agencia establece los beneficios y las tarifas de pago. También proporciona la nómina, un sustituto (persona de respaldo) y presenta sus informes de impuestos.

Estos son los servicios que se pueden gestionar en la opción de responsabilidad de los servicios (SRO):

- Servicios de asistencia personal de Community First Choice (CFC)
- Habilitación de CFC
- Servicios de asistencia personal
- Atención de relevo

Opción de agencia

En el modelo de agencia, usted o su representante legal autorizado eligen una agencia para contratar, controlar y despedir (si fuera necesario) a la persona que proporciona servicios de asistente personal (PAS). Debe escoger una agencia de la red. Usted y su Coordinador de servicios establecerán un programa y se lo enviarán a la agencia que usted eligió. Puede supervisar y entrenar a sus empleados. Puede solicitar un asistente personal diferente. La agencia lo ayudará con esta solicitud. La agencia establece los beneficios y las tarifas de pago. También proporciona la nómina, un sustituto (persona de respaldo) y presenta sus informes de impuestos.

¿Qué pasa si necesito equipos médicos duraderos (DME) u otros productos de una farmacia?

Algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que normalmente se encuentran en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, Superior paga por nebulizadores, artículos de ostomía y otros artículos y equipos cubiertos, en caso de ser médicamente necesarios.

Para más información sobre estos beneficios, llame al 1-877-277-9772.

Servicios de análisis del comportamiento aplicado (ABA)

Los servicios de Análisis del comportamiento aplicado (ABA) están disponibles para los miembros de Superior que reciben Medicaid y tienen el trastorno del espectro autista (TEA). Entre los síntomas del TEA se incluyen actividades, intereses o patrones de comportamiento restringidos y repetitivos, así como dificultades en comunicación e interacción social. Estos síntomas suelen comenzar durante la primera infancia.

¿Qué servicios se proporcionan?

Primero, debe obtenerse una autorización por parte de Superior HealthPlan indicando que los servicios de ABA son médicamente necesarios para tratar, corregir o mejorar la salud del miembro. Por sí solo, un diagnóstico de trastorno del espectro autista no constituye una necesidad médica para obtener los servicios de ABA. Medicaid cuenta con un nuevo tipo de proveedor (analista conductual certificado (LBA)), que brindará estos servicios. Entre los servicios de ABA se incluyen: evaluaciones iniciales de ABA, reevaluaciones, tratamientos individuales, tratamientos en grupo, capacitación y entrenamiento del padre o la madre, de cuidadores y familiares, y reuniones del equipo interdisciplinario. Comuníquese con su médico o el de su hijo/a, visite www-es.SuperiorHealthPlan.com o llame a los Servicios para miembros para encontrar un proveedor de LBA inscrito en Medicaid en su zona que esté disponible para brindar estos servicios.

Beneficios y servicios

¿Quién puede acceder a los servicios?

Los miembros de la atención médica administrada de Medicaid de STAR, STAR Health, STAR Kids y STAR+PLUS en el programa de Medicaid para el Cáncer de Mama y Cervical (MBCC) menores de 21 años con trastorno del espectro autista (TEA) pueden acceder a estos servicios, de ser médicamente necesarios. Para obtener más información, visite la página web de Superior. (https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/health-wellness/autism-help.html)

Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y de consumo de sustancias)

¿Cómo puedo recibir ayuda si tengo problemas de salud mental o con las drogas? ¿Necesito un referido?

La salud del comportamiento se refiere al tratamiento de la salud mental y para el trastorno por consumo de sustancias (alcohol y drogas). A veces el hablar con amigos o sus familiares podría ayudarle a resolver un problema. Cuando eso no es suficiente, debe llamar a su doctor o al proveedor de cuidados de la salud mental de Superior. Superior tiene un grupo de especialistas de salud mental y trastorno por consumo de sustancias para ayudarle a usted.

No necesita referido de su doctor para recibir estos servicios. Superior le ayudará a encontrar el mejor proveedor para usted y su hijo. Llame al 1-877-277-9772 para recibir ayuda enseguida, 24 horas al día, 7 días a la semana.

¿Cómo sé si necesito ayuda?

Podría necesitar ayuda si usted:

- No puede hacer frente a los problemas de la vida diaria.
- Se siente muy triste, estresado o preocupado.
- No está durmiendo o comiendo bien.
- Quiere hacerse daño a sí mismo o a otros o tiene pensamientos de hacerse daño.
- Piensa en cosas raras que le molestan (como escuchar voces).
- Está tomando licor o usando otras substancias con más frecuencia.
- Esta con problemas en el trabajo o en la casa.
- Parece que está con problemas en la escuela.

Cuando usted tienen problemas de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias, es importante colaborar con una persona conocida. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor idóneo para el caso suyo. Lo más importante es que tenga a alguien con quien pueda hablar, así podrán trabajar en cómo solucionar los problemas.

¿Qué se hace en una emergencia de salud del comportamiento?

Debería llamar al 911 si usted tiene una emergencia de salud del comportamiento con peligro de muerte. También puede ir a un centro de crisis o la sala de emergencias más cercana. No tiene que esperar hasta que haya una emergencia para obtener ayuda. Llame al 1-877-277-9772 para que alguien le ayude a usted o a su hijo con la depresión, enfermedad mental, trastorno por consumo de sustancias o asuntos emocionales.

La Línea 988 para la Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo confidencial las 24 horas del día a personas en situación de crisis suicida o angustia relacionada con la salud mental. Llame, envíe un mensaje de texto o chatee al 988 si está experimentando una crisis relacionada con la salud del comportamiento, incluidos los pensamientos de suicidio, la salud mental, la crisis por consumo de sustancias o cualquier otro tipo de crisis emocional.

¿Qué debe hacer si usted ya estan bajo tratamiento?

Si ya está recibiendo atención médica, pregúntele a su proveedor de la salud del comportamiento si pertenece a la red de Superior. Si dice que sí, no tiene que hacer nada. Si dice que no, llame al 1-877-277-9772. Le pediremos al proveedor suyo de que se una a nuestra red. Deseamos que usted reciban la atención que necesitan. Si el proveedor

no desea incorporarse a la red de Superior, trabajaremos con el proveedor para seguir cuidando de usted hasta que sus registros médicos puedan trasladarse a otro doctor.

Modelo de atención colaborativa

El modelo de atención colaborativa (CoCM) coordina la atención a los miembros entre un administrador de atención de salud del comportamiento (BHCM) de la comunidad y un psiquiatra consultor con la colaboración de un proveedor de atención primaria. El equipo comparte funciones y tareas, y juntos son responsables del bienestar de los miembros. En lugar de tratar los síntomas agudos, el CoCM ayuda a gestionar las condiciones de salud mental como enfermedades crónicas.

Los servicios de CoCM se centran en:

- **Atención de equipo centrada en el paciente:** La colaboración entre todos los miembros del equipo mediante planes de atención compartidos que incluyen las metas personalizadas de los miembros.
- **Atención orientada a la población:** El monitoreo de los miembros para asegurarse de que están recibiendo la atención personalizada que necesitan para mejorar.
- **Tratamiento especializado basado en la medición:** La revisión y medición periódica de las metas personales y los resultados clínicos de los miembros.
- **Atención basada en la evidencia:** Una atención médica basada en la mejor información que esté disponible, sea actual, eficaz y pertinente.

Cuidado dental

¿Cómo recibo servicios dentales?

El plan dental de Medicaid de su ofrece servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Para obtener más información sobre los servicios dentales, llame al plan dental de Medicaid. Superior cubre los servicios dentales de emergencia que su reciba en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Esto incluye servicios que el doctor brinda y otros servicios que su necesite, como la anestesia.

Si tiene preguntas o necesita información sobre dentistas, llame:

DentaQuest 1-888-308-4766

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?

Superior cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, lo cual incluye el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para luxación mandibular.
- Tratamiento para traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.
- Hospital, doctores y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

¿Qué hago si necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis al 1-877-277-9772 o llame al 911.

Beneficios y servicios

Cuidado de la vista

¿Cómo obtengo servicos de cuidado de la vista?

Bajo Medicaid, los servicios de cuidado de la vista son diferentes para adultos y niños. Si tiene más de 21 años, puede recibir un examen de la vista y anteojos cada dos años. No puede obtener el reemplazo de sus anteojos si se rompen o los pierde.

Con Superior, también puede recibir servicios extra de la vista. Llame a Centene Vision Services, el proveedor de Superior, al 1-888-756-8768 para descubrir cómo hacerlo. Los miembros que reciben SSI o Asistencia de Medicaid Únicamente que está relacionada a SSI no pueden recibir beneficios extra de la vista.

No necesita un referido de su doctor para ver al doctor de la vista para el cuidado rutinario de la vista. Algunos doctores de la vista también le pueden dar tratamiento para enfermedades de la vista que no requieren cirugía. Los servicios de cuidado de la vista los puede obtener de Centene Vision Services. Para escoger un doctor de la vista, llame a Superior al 1-877-277-9772 o a Centene Vision Services, al 1-888-756-8768 para recibir ayuda.

Si tiene doble calificación, Medicaid paga sus servicios de cuidados de la vista en la mayoría de los casos. Puede ver a cualquier doctor de cuidados de la vista de Medicaid. No tiene que ir a un doctor de Centene Vision Services ni de Superior. Si tiene ciertos tipos de enfermedad o lesión de la vista, Medicare pagará. Su doctor de la vista sabrá si Medicaid o Medicare pagará por su servicio.

Servicios especiales

Coordinación de servicios

¿Qué es un Coordinador de servicios? ¿Cómo me puede ayudar el Coordinador de servicios?

La Coordinación de servicios es una tipo de administración de casos que las lleva a cabo el Coordinador de servicios de Superior. El Coordinador de servicios colaborará con usted para:

- Identificar sus necesidades.
- Ayudar a asegurar que reciba sus servicios a tiempo.
- Asegurar que tenga opciones con respecto a proveedores y acceso a los servicios cubiertos.
- Colaborar con usted, con su familia o el apoyo comunitario, con su doctor(es) y otros proveedores para desarrollar un plan de servicio.
- Coordinar los servicios cubiertos por Superior con los servicios sociales y de apoyo comunitario.

Superior quiere que usted esté seguro y saludable, que participe en su plan de servicios y que viva donde elija. Asignaremos a un Coordinador de servicio para cualquier miembro de Superior STAR+PLUS que lo solicite. También ofreceremos un Coordinador de servicio a los miembros de Superior si la evaluación de su salud y servicios de apoyo demuestran que eso le podría ayudar.

¿Qué hago para hablar con un Coordinador de servicio?

Si desea hablar con un Coordinador de servicio de Superior, llame al 1-877-277-9772.

¿Qué tan frecuentemente hablaré con un Coordinador de servicio?

Usted recibirá una carta en el correo de parte de su Coordinador de servicio. La carta explicará los detalles sobre la frecuencia y la forma en que se le contactará, con base en las necesidades del cuidado de su salud. La carta también incluirá el nombre y el número de teléfono directo de su coordinador. Si usted necesita los servicios de un Coordinador de servicio o tiene alguna pregunta, llame por favor al 1-877-277-9772. Si está recibiendo beneficios de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), su coordinador de servicios de Superior seguirá visitándolo/a en casa para realizar las evaluaciones requeridas para estos servicios.

¿Qué son los servicios y entornos alternativos?

Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos

Superior HealthPlan entiende que puede haber ocasiones en las que el ingreso hospitalario sea necesario para miembros que estén experimentando problemas de salud mental o trastornos por consumo de sustancias (SUD). Cuando se necesitan estos servicios, son ordenados por su médico. Encontrará más información sobre los ingresos hospitalarios, que incluyen los de salud del comportamiento, en la sección Acceso a la atención especializada de su Manual para miembros.

Para algunos miembros, los servicios ambulatorios pueden ser una opción alternativa al ingreso hospitalario. Estos servicios ambulatorios incluyen los servicios ambulatorios del Programa de Hospitalización Parcial (PHP) o los servicios ambulatorios intensivos (IOP). Los servicios del PHP y los IOP que sean médicamente necesarios están disponibles para los miembros adultos de Superior de 21 años o más a fin de que reciban atención ambulatoria “en lugar de los servicios” de un ingreso hospitalario. Los servicios del PHP y los IOP también están disponibles para los miembros de Medicaid menores de 21 años como servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT), conocidos en Texas como servicios de los Pasos Sanos de Texas.

- **Los servicios del PHP** proporcionan un programa diurno estructurado de servicios ambulatorios de salud del comportamiento. El PHP puede proporcionar servicios para la salud mental, los trastornos por consumo de sustancias (SUD) o ambos. Estos servicios son similares a los programas de hospitalización a corto plazo. El nivel de tratamiento es más intenso que el tratamiento ambulatorio diurno o la rehabilitación psicosocial.

- **Los IOP** se usan para tratar problemas que no requieren desintoxicación de los trastornos por consumo de sustancias o supervisión las 24 horas del día. Los IOP suelen ser menos intensos que los servicios del PHP. Los IOP pueden prestarse para la salud mental, los trastornos por abuso de sustancias o ambos. Los servicios IOP son servicios organizados no residenciales que proporcionan terapia estructurada de grupo e individual, servicios educativos y formación en habilidades para la vida que consisten en al menos 10 horas semanales durante 4-12 semanas, pero menos de 24 horas al día.

¿Cómo puedo obtener servicios y entornos alternativos?

Si el médico del miembro cree que los servicios del PHP o de los IOP son la mejor atención para el miembro en lugar de un ingreso hospitalario, debe proporcionar una orden para que el miembro reciba dichos servicios de uno de los proveedores de la red de Superior. Superior exige autorización previa tanto para los servicios del PHP como para los IOP. Si el médico del miembro cree que el mejor tratamiento es el PHP o los IOP en lugar del ingreso hospitalario, el médico hablará de esta opción con el miembro y confirmará si está de acuerdo o rechaza el tratamiento de los IOP o del PHP propuesto, en lugar del ingreso en el hospital. Los miembros pueden consultar la sección Derechos y responsabilidades de su Manual para miembros visitando la SuperiorHealthPlan.com/Manuales. En esta sección se explicará el derecho del miembro a aceptar o rechazar el tratamiento, así como el derecho a participar activamente en las decisiones relativas al tratamiento.

El médico del miembro expedirá una orden para el tratamiento por medio de los IOP o del PHP propuesto y se enviará una solicitud de autorización previa a Superior para que apruebe los servicios al comienzo del tratamiento o antes. Superior revisará la solicitud de autorización previa para confirmar si el servicio del PHP o de los IOP solicitado es médicamente necesario y apropiado para el miembro.

El médico del miembro también podría determinar que el PHP o los IOP son un nivel de atención “inferior” apropiado para un miembro al que va a darle el alta de un hospital psiquiátrico para pacientes ingresados, cuando corresponda. Además, ni el médico ni Superior exigirán que un miembro reciba los servicios de los IOP o del PHP antes de que se ordene o apruebe el ingreso hospitalario cuando sea necesario administrar el tratamiento en un hospital para pacientes hospitalizados.

Los miembros pueden acceder a un listado de proveedores de la red de Superior que están disponibles para brindar servicios del PHP y los IOP a través de SuperiorHealthPlan.com/EncuentreUnProveedor haciendo clic en Buscar proveedores de Medicaid o CHIP. Si necesita ayuda para localizar un proveedor de los IOP o del PHP en el área del miembro o para obtener una copia impresa del directorio de proveedores sin costo alguno, llame a Servicios para miembros de 1-877-277-9772.

¿Cuándo y cómo puedo presentar una apelación para los servicios de hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos?

Si se deniega o limita un servicio de hospitalización parcial o ambulatorio intensivo solicitado que requiere autorización, Superior le enviará una carta. Si los servicios cubiertos por Medicaid que requieren autorización son denegados, reducidos, suspendidos o cancelados, tiene derecho a apelar la decisión de Superior. Puede apelar total o parcialmente la denegación de Superior respecto a un reclamo. La denegación de Superior se denomina “decisión adversa de beneficios”. Puede apelar la decisión adversa de beneficios si considera que Superior:

- interrumpió la cobertura de atención que, en su opinión, usted o su hijo/a necesitan;
- denegó la cobertura de atención que, en su opinión, usted necesita;
- aprobó parcialmente un servicio cubierto.

Usted, un proveedor o alguna otra persona que actúe en su nombre o en nombre de su hijo/a puede apelar una acción. Puede presentar una apelación interna del plan médico dentro del plazo de 60 días a partir de la fecha de recepción de la carta de denegación de Superior denominada Aviso de decisión adversa de beneficios. Un defensor de Servicios para

miembros de Superior puede ayudarle a presentar una apelación o responder a sus preguntas sobre el estado de una apelación. Simplemente, llame a Servicios para miembros.

¿Cuáles son los Servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de casos específicos de salud mental? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Estos servicios ayudan a los miembros con enfermedades mentales y problemas emocionales o de comportamiento graves. Superior también puede ayudar a que los miembros obtengan mejor acceso a los cuidados y servicios de apoyo comunitario mediante Administración de casos especializada para salud mental. Para obtener más información sobre estos servicios, llame al 1-877-277-9772.

Superior ofrece los servicios siguientes:

- Educación, planificación y coordinación de los servicios de salud del comportamiento
- Servicios de salud mental y tratamiento para trastorno por consumo de sustancias como paciente externo
- Servicios psiquiátricos parciales de paciente interno en el hospital (miembros 21 años y mas)
- Servicios de desintoxicación, rehabilitación y estadía en casa de recuperación prestados fuera del hospital y como paciente interno residencial
- Servicios para las crisis, 24 horas al día, 7 días a la semana
- Medicamento para la salud mental cuidados de trastorno por consumo de sustancias
- Servicios de laboratorio
- Referidos a otros recursos en la comunidad
- Servicios de atención médica de transición
- Administración específica de casos
- Rehabilitación de salud mental
- Servicios de consejería para adultos

Servicios extra de salud del comportamiento:

- **Programa de incentivos de seguimiento tras visitas a la sala de emergencias (ER) de salud del comportamiento**. Recompensa de $20 para los miembros que completen una visita de seguimiento con un profesional de la atención médica dentro de los 7 días posteriores a una visita a la sala de emergencias por el trastorno por consumo de sustancias. Los miembros pueden acceder a este servicio de valor agregado una vez al año. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual. Los miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Programa de incentivo de seguimiento para pacientes hospitalizados**. Recompensa de $20 para los miembros que sean admitidos en un centro para pacientes hospitalizados por un diagnóstico relacionado con la salud mental o el abuso de sustancias y que acudan a una visita médica de seguimiento dentro de los 7 días del alta del hospital. Los miembros pueden acceder a este servicio de valor agregado una vez al año. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual. Los miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Recursos para la salud mental por Internet**. Recursos por Internet para la salud mental a través de un sitio web y una aplicación móvil que ofrece una variedad de recursos para apoyar la salud mental y el bienestar general. Los miembros también pueden participar en programas personalizados de aprendizaje virtual para abordar problemas de depresión, ansiedad, estrés, dolor crónico, consumo de sustancias y sueño.

***Tenga en cuenta que**: a partir del 1 de enero de 2027, los miembros deberán inscribirse en el programa My Health Pays® para acumular recompensas. Visite SuperiorHealthPlan.com/Recompensas o llame a Servicios para miembros al 1-877-277-9772 para inscribirse. Si realiza actividades que dan derecho a recompensas a partir del 1 de septiembre de 2026, antes de que comience el plazo de inscripción el 1 de enero de 2027, seguirá recibiendo dichas recompensas. Una vez que se haya inscrito, las recompensas a las que tenga derecho y que haya acumulado antes de la inscripción se agregarán a su tarjeta My Health Pays®.

Servicios especiales

- **Ayuda adicional para el transporte.** Transporte a espacios de apoyo y servicios comunitarios de salud del comportamiento. El transporte se proporciona según cada caso a los miembros de STAR+PLUS sin elegibilidad doble que no vivan en un hogar residencial de ICF/IID. Este servicio de valor agregado deberá ser autorizado previamente por la Coordinación de Servicios/Administración de la Atención. Ayuda para el transporte para los miembros cuando el transporte de Medicaid no esté disponible. El transporte debe contar con autorización previa y haber sido programado al menos dos (2) días hábiles antes de la cita. El traslado debe ser dentro del área de prestación de servicios y no exceder las 30 millas en un solo sentido. No incluye el reembolso de traslados, ambulancias y transporte de emergencia.
- **Programa de incentivo de seguimiento para pacientes hospitalizados.** Una tarjeta de recompensa de $20 para todos los miembros que sean admitidos en un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados por un diagnóstico relacionado con la salud mental o el abuso de sustancias y que concurran a una visita médica de seguimiento dentro de los 7 días del alta del hospital. Los miembros pueden acceder a este servicio de valor agregado 1 vez al año. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad doble.
- **Recursos por Internet para la salud mental.** Recursos por Internet para la salud mental. Recursos por Internet para la salud mental a través de una aplicación para la Web y para dispositivos móviles que ofrece una variedad de recursos para apoyar la salud mental y el bienestar general. Los miembros también pueden participar en programas personalizados de aprendizaje virtual para abordar problemas de depresión, ansiedad, estrés, dolor crónico, consumo de sustancias y sueño.

Nota: Superior quiere ayudarlo a que usted se mantengan saludables. Necesitamos que nos haga saber sus inquietudes para poder mejorar nuestros servicios. Llame al 1-877-277-9772 Relay Texas/TTY (personas sordas/con problemas auditivos) 1-800-735-2989. Para miembros de doble calificación, la atención de salud mental está pagada por Medicare. Puede seguir viendo a cualquier proveedor de Medicare. No tiene que usar un proveedor de Superior para estos servicios.

Planificación centrada en la persona

Como miembro en un entorno comunitario, la planificación centrada en la persona le da la oportunidad de tener una mayor independencia en su comunidad a través de la autodirección. Esta incorpora sus percepciones, experiencias, preferencias y elecciones individuales. Usted puede controlar la manera en que recibe sus servicios y qué proveedores quiere usar. También puede asegurarse de que se satisfagan sus necesidades médicas y no médicas. La planificación centrada en la persona tiene como meta ayudarle a alcanzar sus objetivos personales. También le permite tener la calidad de vida y el nivel de independencia que desee.

Usted trabajará con su coordinador de servicios durante su planificación centrada en la persona y elegirá a las personas que desee incluir en el proceso.

Su plan centrado en la persona incluirá temas como:

- Sus fortalezas y preferencias.
- Sus objetivos y resultados deseados.
- Los servicios y apoyos que son importantes para usted y que satisfacen las necesidades identificadas a través de su evaluación funcional.
- La manera en que quiere que se proporcionen sus servicios y los proveedores que usted ha elegido para dichos servicios.

Le entregarán una copia firmada y fácil de entender del plan acordado. También puede obtener una copia para las personas que desee incluir en su planificación. Algunos de los formularios que el Coordinador de servicios podría completar como parte del proceso centrado en la persona son el Nivel de cuidado según la necesidad médica, el Plan de servicios individuales, la Evaluación funcional de necesidades y la Evaluación autodirigida de servicios (de ser pertinente).

El plan de servicio centrado en la persona y los formularios pertinentes serán revisados y enmendados cada 12 meses, cuando sus necesidades cambien, o cuando usted lo solicite.

Servicios especiales

¿Con cuáles otros servicios me puede ayudar Superior?

Superior se preocupa por su salud y bienestar. Trabajamos con muchos servicios y agencias que nos ayudan a ofrecerle la atención que necesita. Algunos de estos servicios y agencias incluyen:

- Agencias estatales y federales: la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC), departamentos de salud pública, trastornos de consumo de sustancias (SUD), salud mental, discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD), cuidados paliativos, rehabilitación, apoyo a los ingresos, asistencia nutricional, agencias de apoyo familiar.
- Agencias de servicios sociales: agencias locales para la tercera edad, agencias de apoyo residencial, centros de vida independiente, agencias de empleo con apoyo.
- Agencias municipales y del condado: departamentos de bienestar social, programas de vivienda, servicios médicos de urgencia.
- Organizaciones cívicas y religiosas: grupos de voluntarios y de servicios, organizaciones religiosas.
- Grupos de consumidores, defensores y consejos: oficinas de asistencia jurídica, grupos de apoyo a miembros y familiares, apoyo a cuidadores, planificación de la permanencia.
- Programas de vivienda asequible: sección 811, autoridades locales de vivienda, agencias de servicios para personas sin hogar.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Superior al 1-877-277-9772.

Ayuda para necesidades especiales de atención médica

¿A quién llamo si yo tenemos necesidades de salud especiales, y necestio que alguien me ayude?

Si usted tienen necesidades especiales, como una enfermedad grave en curso, discapacidad, o condiciones crónicas o complejas, llame a Superior al 1-877-277-9772. Le podemos ayudar para hacer una cita con uno de nuestros doctores que atienden a pacientes con necesidades especiales. Superior ofrece acceso directo a los especialistas adecuados para sus condiciones y necesidades. No necesita una remisión de un médico para recibir estos servicios. También le daremos un referido a uno de nuestros Administradores de atención para que:

- Le ayuden a obtener la atención y servicios que usted necesita.
- Desarrollen un plan de atención con la ayuda suya y del doctor.
- Seguirá el progreso suyo y asegurará que esté recibiendo la atención que necesita.
- Responderá a sus preguntas sobre la atención médica.

¿Qué es la “Community First Choice”?

Community First Choice (CFC) es un programa de prestaciones de Medicaid que ofrece servicios a domicilio y en la comunidad a los miembros que reúnan los requisitos del programa, entre los que se incluyen un nivel de atención institucional y una necesidad funcional. Estos servicios ayudan a los miembros a permanecer de forma segura en sus hogares y comunidades, en lugar de recibir los servicios en un entorno institucional.

Para recibir los servicios de CFC, debe:

- Reunir los requisitos para Medicaid.
- Tener necesidad de los servicios de CFC.
- Reunir los requisitos de elegibilidad funcional según una evaluación.
- Cumplir un requisito de nivel de atención institucional, como el de un centro de enfermería (NF LOC), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales o afecciones relacionadas (ICF/IID LOC) o un centro de enfermedades mentales (IMD LOC).
- Servicios de habilitación (HAB): servicios que le ayudan a adquirir, mantener o mejorar las habilidades necesarias para la vida diaria y la independencia.

Servicios especiales

- Servicios de Respuesta a Emergencias (ERS): dispositivos electrónicos y sistemas de apoyo que pueden ayudarle a recibir asistencia durante una emergencia.
- Gestión de apoyo: formación voluntaria de cómo seleccionar, gestionar y despedir a los asistentes.

Si cree que podría reunir los requisitos para recibir los servicios de CFC, su coordinador de servicios puede ayudarle a concertar una evaluación. Para obtener más información, póngase en contacto con los Servicios para miembros llamando al 1-877-277-9772.

Administracíon de atención

Superior tiene enfermeras calificadas capaces de ayudarle a entender problemas que pueda tener, tal como:

- El asma
- La diabetes
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD – por sus siglas en inglés)
- Trasplantes
- Uso frecuente de la sala de emergencias
- Estar en el hospital con frecuencia
- Heridas que no se sanan
- Tener múltiples enfermedades o condiciones

Nuestras enfermeras le ayudarán a mantenerse saludable y le ofrecerán la atención que necesite. Podemos ayudarle a encontrar atención médica cercana. Trabajaremos con su médico para mejorar su salud. La meta de nuestro programa es saber qué información o cuáles servicios necesita. Deseamos que sea más independiente con respecto a su salud. Por favor llámenos al 1-877-277-9772 para conversar con una enfermera. Nuestros empleados están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. con excepción de los días festivos aprobados por el estado. También puede comunicarse con el personal de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana. Ellos pueden responder sus preguntas relacionadas con la salud después del horario habitual y los fines de semana.

Aunque nuestras enfermeras pueden ayudarle, sabemos que quizás no lo desee. Si prefiere no estar en el programa Administracíon de atención puede dejarlo en cualquier momento con una llamada a su enfermera. Además:

- Podría ser que una enfermera de Superior le llame si su médico nos pidió que le llamemos, o si Superior siente que podemos ayudarle.
- Puede ser que le preguntemos acerca de su salud.
- Le daremos información para ayudarle a entender cómo recibir la atención que necesite.
- Hablaremos con su médico y con otras personas que le tratan, para que reciba atención médica.
- Usted debería llamarnos al 1-877-277-9772 si desea hablar con una enfermera acerca de cómo participar en este programa.

Control de enfermedades

Programa de asma

Si usted tiene asma, Superior tiene un programa especial que puede ayudarle. El asma es una enfermedad que hace que sea difícil respirar. Las personas con asma tienen:

- Dificultad para respirar.
- Tienen una opresión en el pecho.
- Hacen un silbido al respirar.
- Tosen mucho, especialmente en la noche.

Llame a Superior al 1-877-277-9772 si usted:

- Han estado en el hospital debido al asma durante el último año.
- Han estado en la sala de emergencias en los últimos dos meses debido al asma.
- Han estado en el consultorio del médico tres veces o más en los últimos seis meses debido al asma.
- Toma esteroides orales para controlar el asma.

Servicios especiales

Programas de esquizofrenia y trastorno bipolar

Si ha recibido un diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia, y necesita ayuda para controlar los síntomas, Superior tiene un programa que puede ayudarle. Las personas que no han tratado sus síntomas de salud del comportamiento pueden tener problemas para abordar sus inquietudes de salud física. Los síntomas comunes que afectan la capacidad para alcanzar sus metas son:

- Trastornos del sueño.
- Dificultad para concentrarse o enfocarse.
- Períodos inexplicables de gran energía o fatiga.

Llame a Superior al 1-877-277-9772 si:

- Quiere entender mejor su diagnóstico.
- Le gustaría aprender más sobre el tratamiento de su diagnóstico.
- Necesita ayuda para encontrar un proveedor de salud del comportamiento o concertar una cita con este.
- Tiene dificultades para recibir las medicinas o asistir a las citas.

Programa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)

Si usted padece de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, (COPD por sus siglas en inglés, chronic obstructive pulmonary disease) Superior tiene un programa especial que puede ayudarlo. La COPD es una enfermedad pulmonar progresiva que dificulta la respiración con el paso del tiempo. Las personas con COPD:

- Pueden tener tos persistente y con flema.
- Tienen dificultad para respirar.
- Sienten presión en el pecho.
- Tienen dificultad para respirar durante el día y que va empeorando cada vez.
- Al exhalar, pueden producir un sonido como silbido.
- Pueden estar o sentirse limitados o cansados al realizar sus actividades regulares diarias.

Llame a Superior al teléfono 1-877-277-9772 si usted:

- Ha sido diagnosticado recientemente con COPD.
- Ha estado recientemente en la sala de emergencias o en el hospital por causa de COPD.
- Fuma actualmente o solía hacerlo.
- Ha estado expuesto al humo de otra persona que fuma.
- Vivió o trabajó en un área con una mala calidad de aire (como fábricas o en construcción).
- Quiere aprender más acerca de cómo atender su COPD.

Programa de dolor crónico

Si el dolor crónico ha interferido en su capacidad para alcanzar sus objetivos y desea ayuda, Superior tiene un programa que puede ayudarle. Llame a Superior al 1-877-277-9772 si:

- Padece dolor físico crónico.
- Tiene un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias u otra afección de salud del comportamiento.
- Necesita información o apoyo.

Programa para la insuficiencia cardiaca

Si usted padece de insuficiencia cardiaca, Superior tiene un programa especial que puede ayudarlo. La insuficiencia cardiaca es una enfermedad en la que los latidos de su corazón pudieran no ser lo suficientemente fuertes y regulares para las necesidades de su cuerpo. Las personas con insuficiencia cardiaca pueden:

- Tener dificultad para respirar durante alguna actividad.
- Tener inflamación en las piernas, pies, tobillos, manos y/o abdomen.
- Tener dificultad para respirar al acostarse o al tratar de dormir.
- Subir de peso porque su cuerpo está reteniendo fluidos.
- Sentirse débiles o cansados al realizar sus actividades normales diarias.

Servicios especiales

Llame a Superior al teléfono 1-877-277-9772 si usted:

- Ha sido diagnosticado recientemente con insuficiencia cardiaca.
- Ha estado recientemente en la sala de emergencias o en el hospital por insuficiencia cardiaca.
- Ha tenido un cambio en su medicamento.
- Está teniendo que visitar al doctor más frecuentemente a causa de insuficiencia cardiaca.
- Quiere saber más acerca de cómo vivir bien con su insuficiencia cardiaca.

Programa para tratar la depresión

Si se ha sentido deprimido o depresivo y desea recibir ayuda para controlar los síntomas, Superior tiene un programa que puede ayudarlo.

Llame a Superior al 1-877-277-9772 si se ha sentido deprimido y tiene algunos de los síntomas comunes de la depresión, como los siguientes:

- Problemas para dormir.
- Aumento o disminución del apetito.
- Poco interés o en hacer cosas.

Programa de diabetes

Si usted tiene diabetes, Superior tiene un programa especial que puede ayudarle a usted. La diabetes es una enfermedad de alto contenido de azúcar en la sangre. Si el azúcar en la sangre permanece alto, puede causar problemas en muchas partes del cuerpo. Las personas con alto nivel de azúcar en la sangre podrían:

- Sentirse cansados, con sueño o con malestar.
- Tener que ir a baño con frecuencia.
- Tener mucha sed.

Llame a Superior al 1-877-277-9772 si usted:

- Le acaban de diagnosticar con diabetes.
- Ha tenido visitas recientes a la sala de emergencias o al hospital debido a la diabetes.
- Ha tenido un cambio del medicamento para la diabetes.
- Ha empezado a usar insulina.
- Quiere saber más acerca de qué comer y cómo hacer compras de comestibles.
- Quiere saber cómo evitar problemas con sus ojos y riñones.
- Quiere saber cómo cuidarse bien de los pies.

Programa de enfermedades del corazón

Si usted padece de enfermedades del corazón, Superior tiene un programa especial que puede ayudarlo. Las enfermedades del corazón ponen en peligro la vida e incluyen muchas afecciones, tales como enfermedad de la arteria coronaria, ataque cardiaco y fallo cardiaco congestivo, por mencionar algunas. Las personas con estas enfermedades pueden experimentar:

- Dificultad para respirar.
- Latidos cardiacos irregulares.
- Latidos cardiacos acelerados.
- Debilitamiento o mareo.
- Náuseas.
- Sudoración.
- Malestar, presión, pesadez o dolor en el pecho.

Llame a Superior al teléfono 1-877-277-9772 si usted:

- Ha estado en el hospital por alguna enfermedad del corazón durante el último año.
- Ha estado recientemente en la sala de emergencias por alguna enfermedad del corazón.
- Le han dado recetado medicamento nuevo para el corazón.
- Se siente débil o mareado.
- Está experimentando malestar en el pecho.
- Ha notado irregularidades en los latidos de su corazón.

Si usted siente que se encuentra en una emergencia, por favor llame al 911 o a los servicios de emergencia.

Servicios especiales

Programas de estilo de vida

Si tiene dificultades para controlar su estrés o su peso, o no puede dejar de fumar y desea ayuda, Superior tiene programas que pueden ayudarle. Llame a Superior al 1-877-277-9772 si:

- Es un consumidor actual de tabaco y está interesado en dejar de fumar en los próximos 30 días. (Incluidas las mujeres embarazadas).
- Tiene falta de actividad física.
- Tiene una nutrición deficiente.
- Tiene niveles de estrés percibidos como elevados.

Depresión perinatal

Si sufre depresión durante el embarazo o hasta dos meses después del parto que ha interferido con su capacidad para alcanzar sus metas y desea ayuda, Superior tiene un programa que puede ayudarle. Llame a Superior al 1-877-277-9772 si:

- Toma un medicamento para la depresión.
- Ha sido diagnosticada depresión.
- Tiene síntomas o informa de depresión.

Programa de tratamiento por consumo de sustancias durante el embarazo

Si el alcohol o el consumo de drogas ha afectado su comportamiento, y necesita ayuda, Superior tiene un programa que lo puede ayudar. Llame a Superior al 1-877-277-9772 si está embarazada y:

- Le interesa recibir información y recursos para ayudar a reducir o detener su consumo.
- Su familia o sus amigos le han expresado preocupación respecto a su consumo.
- Quiere saber más sobre las opciones de tratamiento.
- Ha intentado reducir o suspender el consumo y no lo ha logrado.

Programa para trastornos por consumo de sustancias

Si el consumo de alcohol o drogas ha afectado su capacidad para alcanzar sus objetivos y necesita ayuda, Superior tiene un programa que puede ayudarle.

Llame a Superior al 1-877-277-9772 si:

- Ha considerado reducir el consumo.
- Su familia o sus amigos le han expresado preocupación respecto a su consumo.
- Quiere saber más sobre las opciones de tratamiento.
- Ha intentado reducir o suspender el consumo y no lo ha logrado.

Verificación electrónica de visitas

¿Qué es la verificación electrónica de visitas?

La verificación electrónica de visitas (EVV) es un sistema informático que verifica electrónicamente el momento en que se producen las visitas de servicio. También documenta la hora exacta de inicio y finalización de los servicios. La EVV se requiere para la mayoría de servicios domiciliarios y comunitarios proporcionados por Superior, incluidos Servicios de cuidado personal, Servicios de apoyo domiciliario, Servicios de asistente personal (PAS), Servicios de apoyo flexible a la familia, Habilitación, Servicios de atención médica domiciliaria de Medicaid (HHCS) y Servicios administrados por el cliente (CDS). La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) creó la verificación electrónica de visitas (EVV) para asegurarse de que los miembros reciban los servicios que han sido aprobados. El horario se registrará utilizando un sistema de verificación electrónica de visitas (EVV) aprobado por la HHSC y uno de los tres métodos de registro de horario para la EVV. Estos métodos incluyen:

- Aplicación de teléfono celular
- Teléfono fijo del hogar del miembro
- Dispositivo alternativo aprobado

¿Cómo funciona la verificación electrónica de visitas (EVV)?

Cuando comience a prestarle servicios, el asistente fichará el horario de inicio usando uno de los métodos de registro de horario aprobados por la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Luego, cuando haya completado sus servicios, fichará el horario de finalización. La verificación electrónica de visitas (EVV) ayudará a garantizar que usted, como miembro, reciba todos los servicios autorizados.

¿Qué sucede si no tengo un teléfono fijo en mi hogar?

Si no tiene un teléfono fijo en casa y su asistente no tiene acceso a la aplicación de teléfono celular, avise a la agencia que proporciona sus servicios. La agencia instalará un dispositivo alternativo en su hogar para que su asistente o enfermera pueda registrar con precisión la hora de inicio y finalización de los servicios. Si no está seguro si su teléfono es fijo, solicite el dispositivo alternativo. Los teléfonos celulares personales del miembro no son un reemplazo aceptable para el teléfono fijo del domicilio.

El dispositivo alternativo se puede instalar en cualquier lugar del hogar que sea cómodo para el acceso del proveedor que brinda la asistencia. Si el dispositivo presenta un fallo de funcionamiento o se extravía, comuníquelo al asistente lo antes posible. Así, su asistente puede solicitar un dispositivo de reemplazo del proveedor de verificación electrónica de visitas (EVV), y el dispositivo alternativo será instalado nuevamente.

Solo los empleadores de servicios orientados al consumidor (CDS) tienen la opción de autorizar a sus empleados a usar el teléfono celular personal del empleador de servicios orientados al consumidor (CDS). Si el empleador de servicios orientados al consumidor (CDS) opta por permitir que sus empleados de servicios orientados al consumidor (CDS) usen el teléfono celular del empleador para la verificación electrónica de visitas (EVV), el empleador de servicios orientados al consumidor (CDS) será responsable de los cargos del teléfono celular. Los empleadores de servicios orientados al consumidor (CDS) deben documentar su solicitud de usar el teléfono celular personal del empleador de servicios orientados al consumidor (CDS), o de solicitar números de teléfonos fijos adicionales para el sistema de verificación electrónica de visitas (EVV).

Tenga en cuenta que no está permitido el uso del teléfono celular personal del miembro, y su asistente nunca debería pedirle a usted que le permita usar su teléfono celular para llamar o recibir llamadas.

Verificación electrónica de visitas

¿Debo participar en la verificación electrónica de visitas (EVV)?

Sí. Debe elegir una de las siguientes opciones:

1. Permita a su asistente o enfermera usar su teléfono fijo en caso de no tener acceso a la aplicación de teléfono celular para acceder al sistema de EVV.; O
2. Permita que la agencia que proporciona sus servicios instale el dispositivo alternativo. De esa forma, el asistente o la enfermera podrá usar el dispositivo para registrar las horas de servicio en el sistema de EVV.

¿Cómo puedo obtener más información sobre la verificación electrónica de visitas (EVV)?

Si tiene alguna pregunta sobre la verificación electrónica de visitas, comuníquese con su Coordinador de servicios de Superior o con los Servicios para miembros de Superior. Además, puede encontrar información sobre la verificación electrónica de visitas (EVV) en el sitio web de Superior en www-es.SuperiorHealthPlan.com. Haga clic en "Planes Medicaid y CHIP" y, a continuación, en "Recursos para miembros". También puede visitar el sitio web de la verificación electrónica de visitas (EVV) de la HHSC en hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/long-term-care-provider-resources/electronic-visit-verification-evv.

Superior está en Facebook

¡Superior quiere garantizar que usted esté lo más saludable posible! Consulte la página de Facebook de Superior para obtener consejos saludables y otros datos útiles en www.Facebook.com/SuperiorHealthPlan.

Servicios de planificación familiar

¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito un referido?

Superior proporciona servicios de planificación familiar a todos los miembros. Eso incluye a los miembros menores de 18 años. Los servicios de planificación familiar son confidenciales. Usted debería conversar con su médico sobre la planificación familiar. Su doctor le ayudará a elegir un proveedor de planificación familiar. Si no se siente cómodo hablando con su doctor, llame a Superior al 1-877-277-9772.

Superior permite a sus miembros la libertad de elección de cualquier proveedor dentro o fuera de la red. No necesita un referido de su doctor para obtener servicios de planificación familiar.

¿Cómo encuentro a un proveedor de servicos de planificación familiar?

Puede encontrar en internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en https://www.healthytexaswomen.org/healthcare-programs/family-planning-program, o puede llamar Superior al 1-877-277-9772 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

Consejo de Salud de Superior

Los medicamentos pueden ser seguros si se toman correctamente. Pueden ayudarlo a sentirse mejor cuando está enfermo. Los medicamentos también permiten mantener controlado un problema de salud. Aquí encontrará algunos consejos para utilizar los medicamentos de forma segura:

- Lea y siga las instrucciones que aparecen en la etiqueta.
- Tome la cantidad exacta que se indica en la etiqueta.
- Tome cada dosis aproximadamente a la misma hora todos los días.
- Use la misma farmacia para todas sus recetas.
- No comparta sus medicamentos ni tome los medicamentos de otra persona.

Si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos, comuníquese con su médico

Servicios de farmacia

¿Cuáles son mis beneficos de medicamento recetado?

Usted recibe recetas ilimitadas con su cobertura de Medicaid si va a una farmacia que atienden a miembros de Superior. Ciertos medicamentos podrían no estar cubiertos por Medicaid. La farmacia le dirá cuáles medicamentos no están cubiertos, o le ayudará a encontrar otro medicamento que esté cubierto. También puede preguntar a su doctor o a su clínica cuáles medicamentos están cubiertos, y cuáles son los mejores para su caso. Llame a Superior al 1-877-277-9772 en caso de tener preguntas.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid cubre la mayoría de los medicamentos que su médico considere necesarios. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el mediamento recetado por usted.

Todas las recetas que le dé su médico pueden surtirse en cualquier farmacia que pertenezca a la red de Superior. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a Superior al 1-877-277-9772.

¿Cómo puedo saber qué medicamentos se incluyen en el formulario?

Para que un medicamento esté cubierto, debe estar incluido en el formulario de Medicaid de Texas. El formulario se encuentra en la página web del programa de medicamentos recetados de Texas (txvendordrug.com/searches/formulary-drug-search). Puede solicitar una copia en papel del formulario sin coste alguno. La copia en papel se le enviará dentro de los cinco (5) días hábiles de su solicitud. Llame a Superior al número gratuito 1-877-277-9772 si tiene cualquier duda.

¿Dónde llamo si no puedo recibir medicamento recetado para mí?

Si tiene problemas para conseguir sus medicamentos, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red? ¿Qué debo llevar conmigo a la farmacia?

Las medicinas recetadas para los miembros se ofrecen a través de farmacias que tienen contrato con Superior. Puede obtener los surtidos de sus medicinas recetadas en la mayoría de las farmacias de Texas, como CVS (que incluye tiendas dentro de Target), HEB, Walmart y Randall's. También puede encontrar una lista de farmacias por Internet usando nuestra herramienta Encontrar un proveedor en SuperiorHealthPlan.com/EUP.

Recuerde: Lleve siempre su tarjeta de identificación de Superior y con su identificación de Medicaid de Texas cuando visite a su doctor o vaya a la farmacia.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no esté en la red?

Superior cuenta con muchas farmacias bajo contrato que le pueden dispensar recetas. Es importante que usted muestre su tarjeta de identificación de Superior en la farmacia. Si la farmacia le indica que no atienden a miembros de Superior, puede llamar al departamento de Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772, y le podemos ayudar a encontrar una farmacia que le pueda dispensar sus recetas. Si usted opta que esa farmacia le dispense sus recetas aún cuando no atienden a los miembros de Superior, usted tendrá que pagar por el medicamento.

¿Qué hago para que me envíen los medicamentos?

Superior también ofrece muchos de los medicamentos por correo. Algunas farmacias de Superior ofrecen servicios de entrega a domicilio. Llame a los Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772 para conocer más sobre el pedido por correo o para encontrar una farmacia que ofrezca servicios de entrega a domicilio en su área.

Servicios de farmacia

¿Qué hago si pierdo mi medicamento?

Si pierde su medicamento, debe llamar a su doctor a la clínica para que le ayuden. Si está cerrada la oficina del doctor o la clínica, la farmacia dónde recibe su medicamento debería poder ayudarle. También puede llamar al departamento de Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772, y le podemos ayudar a obtener el medicamento que necesite.

¿Qué sucede si no puedo obtener la medicina que aprobó mi doctor?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días. Pida a su farmacia que llame a la línea de ayuda de farmacia para recibir asistencia. Llame Superior al 1-877-277-9772 para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué pasa si también recibo Medicare?

Si tiene Medicare y Medicaid (tiene elegibilidad doble), ahora el plan de medicamentos de Medicare paga sus medicamentos recetados. En Medicare, usted dispone de diferentes alternativas. Asegúrese de que su plan de medicamentos de Medicare cumpla con sus necesidades. Si tiene alguna pregunta o desea cambiar su plan, puede llamar al 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE).

Recuerde que bajo Medicare:

- Usted puede elegir entre varios planes de medicamento recetado.
- Es posible que los planes requieran que usted pague un copago por cada receta.
- No hay límite a la cantidad de recetas que le pueden dispensar cada mes.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un Centro de geriátrico?

Si está en un centro geriátrico, el centro le proporcionará los medicamentos como ya lo hace hoy en día. La farmacia que utiliza el centro geriátrico continuará facturandole a su plan de Medicare si usted tiene Medicare y le facturará a Superior por sus medicamentos cubiertos por Medicaid.

¿Qué pasa si también tengo otro seguro principal?

Si tiene otro seguro principal, presente ambos en la farmacia, su seguro principal y su seguro de Medicaid. La farmacia debe tomar el seguro principal primero y luego el seguro de Medicaid. Medicaid es el pagador de último recurso y no debe ser la única tarjeta presentada en la farmacia.

¿Qué pasa si estoy en el programa de farmacia de restricción de Medicaid (Lock-in) y necesito cambiar mi farmacia de restricción?

Si necesita medicamentos que su farmacia de restricción no tiene, si su farmacia de restricción está cerrada, si actualmente no se encuentra cerca de su farmacia de restricción o si necesita cualquier otro tipo de asistencia para obtener sus medicamentos, comuníquese con Superior llamando a Servicios para miembros al 1-877-277-9772. Un miembro dedicado de nuestro equipo revisará su solicitud y le brindará ayuda.

Si soy participante del programa restringido de Medicaid (Lock-in), ¿Cómo recibo mis medicamentos durante una emergencia?

Si necesita medicamentos que su farmacia de restricción no tiene, si su farmacia de restricción está cerrada, si actualmente no se encuentra cerca de su farmacia de restricción o si necesita cualquier otro tipo de asistencia para obtener sus medicamentos, comuníquese con Superior HealthPlan llamando a Servicios para miembros al 1-877-277-9772. Un miembro dedicado de nuestro equipo revisará su solicitud y le brindará ayuda.

Servicios de farmacia

¿Qué otros artículos cubren mis beneficios de farmacia?

Cuando están cubiertos por Medicaid de Texas, Superior paga los medicamentos de venta libre recetados y médicamente necesarios, las vacunas, los kits de pruebas de COVID-19 para uso en casa, las vitaminas y los minerales.

Para más información sobre estos beneficios, llame al 1-877-277-9772.

Beneficios de bonos y servicios

¿Qué beneficios y servicios adicionales obtengo como miembro de Superior HealthPlan? ¿Cómo puedo obtenerlos?

Como miembro de Superior, puede obtener beneficios y servicios adicionales, además de sus beneficios habituales. Estos se llaman Servicios de valor agregado e incluyen:

- **Servicios de respuesta ante emergencias las 24 horas**. Superior brindará servicios de respuesta ante emergencias (ERS) las 24 horas durante un período de hasta 6 meses cuando un miembro sea dado de alta del hospital después de una hospitalización por una afección aguda o de haber estado internado en un centro de enfermería y regrese a la comunidad. Este es un servicio de valor agregado para todos los miembros que no participan en el programa de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) ni reciben los beneficios de Community First Choice (CFC), y que no viven en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID). El servicio de respuesta ante emergencias (ERS) debe tener la autorización previa del departamento de Coordinación de servicios de Superior. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS que reúnen requisitos duales (no del plan integrado correspondiente [AIP]).
- ***Baby Shower***. Las miembros embarazadas pueden recibir una recompensa de $25 y materiales educativos si:
  - completan el formulario de notificación de embarazo (NOP) y
  - acuden a un *baby shower* educativo virtual organizado por Superior.

  Las miembros embarazadas también pueden participar en el galardonado programa Start Smart for Your Baby® de Superior, que ofrece apoyo adicional durante y después del embarazo.

  Se excluye a los miembros de STAR+PLUS que reúnen requisitos duales (no del plan integrado correspondiente [AIP]). La recompensa se concede una sola vez por embarazo. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Programa de incentivos de seguimiento tras visitas a la sala de emergencias (ER) de salud del comportamiento**. Tarjeta de recompensa de $20 para los miembros que completen una visita de seguimiento con un profesional de la atención médica dentro de los 7 días posteriores a una visita a la sala de emergencias por trastorno por consumo de sustancias. Los miembros tienen derecho a recibir este servicio de valor agregado una vez al año. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual. Los miembros que cumplan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Careopolis y Kiddopolis**. Una "comunidad de cuidado" por Internet que les permite a los miembros interactuar con amigos, familiares y cuidadores respecto de su proceso de sanación o atención médica. Los miembros pueden crear y administrar cuentas privadas por Internet a través de Careopolis o Kiddopolis para mejorar las relaciones con amigos y seres queridos.
- **Programa de incentivo para pruebas de detección de cáncer de cuello de útero**. $50 de recompensa para mujeres de entre 21 y 64 años que son miembros actuales de STAR+PLUS de Superior, que tienen riesgo promedio de padecer cáncer de cuello de útero y que completen una prueba de detección de cáncer de cuello de útero recomendada. Limitado a una recompensa de $50 por año. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Programa de incentivo para pruebas de detección de diabetes**. $20 de recompensa cada 6 meses para miembros de STAR+PLUS que padezcan diabetes y que no vivan en un centro residencial de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID) ni en un centro de enfermería. Los miembros deben completar una prueba de azúcar en sangre (HbA1c) que dé un resultado inferior a 8 para recibir las recompensas. Este servicio de valor agregado está limitado a dos recompensas de $20 por año. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*

Beneficios de bonos y servicios

- **Copago de $0 en farmacias**. Copago de $0 en todos los medicamentos con receta aprobados por la lista de medicamentos de la Parte D. El miembro debe:
  - Ser miembros con cobertura dual de un AIP de STAR+PLUS inscritos en planes de FIDE.
  - Tener 21 años o más.
  - Residir en las zonas de prestación de servicios de Dallas e Hidalgo.

  Este servicio de valor añadido tiene restricciones y limitaciones adicionales.
- **Beneficios dentales adicionales**. Superior ofrece beneficios dentales adicionales, entre los que se incluyen:
  - $750 para chequeos y limpiezas, radiografías, tratamientos con fluoruro o una extracción simple para los miembros de STAR+PLUS sin elegibilidad dual, que no participan en el programa de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS). Limitado a miembros en Dallas, Hidalgo, Travis y la zona rural de prestación de servicios de Medicaid (MRSA) en el centro.
  - $500 para chequeos y limpiezas, radiografías, tratamientos con fluoruro o una extracción simple para los miembros de STAR+PLUS sin elegibilidad dual, que no participan del programa de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) en Nueces.
  - $250 por año para servicios dentales de chequeos, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro para los miembros de STAR+PLUS sin elegibilidad dual, que no participan del programa de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS). Limitado a miembros en Lubbock y la zona rural de prestación de servicios de Medicaid (MRSA) en el oeste.
  - Un kit de higiene dental para mantener los dientes y las encías sanos, destinado a los miembros que no tengan cobertura dual en las zonas de servicio (SDA) de Lubbock y oeste. El kit incluye un cepillo de dientes, pasta dentífrica e hilo dental, y está disponible previa solicitud.
- **Servicios oftalmológicos adicionales**. Los miembros pueden acceder a una asignación de $150 una vez al año para una actualización de armazones y cristales de anteojos o lentes de contacto no cubiertos por Medicaid. Esta asignación no podrá utilizarse para gafas de sol o anteojos de reemplazo. La cobertura es para armazones y cristales nuevos, y no cubre opciones adicionales como cristales de color ni capas de tratamiento. El miembro será responsable de los gastos por la atención de la vista no cubiertos por Medicaid que superen los $150. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual.
- **Ayuda adicional para el transporte**. Ayuda para el transporte para los miembros cuando el transporte de Medicaid no esté disponible. Transporte para los miembros que necesiten ayuda para acudir a citas dentales, médicas o de salud del comportamiento, a clases de seguridad y formación, así como a una oficina local de beneficios. Limitado a un total de 6 viajes de ida y vuelta al año. El transporte debe contar con autorización previa y haber sido programado al menos 3 días hábiles antes de la cita. El traslado debe ser dentro de la zona de prestación de servicios y no exceder las 30 millas en un solo sentido. No incluye el reembolso de traslados, ambulancias y transporte de emergencia. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS que reúnen requisitos duales (no del plan integrado correspondiente [AIP]). Quedan excluidos los miembros del plan integrado correspondiente (AIP). Queda excluido el transporte a citas dentales para los miembros con afiliación dual (no AIP).
- **Incentivo por completar el programa de prevención de caídas**.Los miembros de STAR+PLUS que no vivan en un centro residencial de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID) o en un centro de enfermería pueden recibir una recompensa de $50 tras verificar la participación del programa de prevención de caídas de 8 semanas llamado “A Matter of Balance” (Cuestión de Equilibrio) y su finalización. Los miembros aprenderán a controlar el miedo a las caídas, a fijar objetivos para aumentar el nivel de ejercicios y promover la resistencia y el equilibrio, así como cambiar su entorno para reducir los factores de riesgo de caídas. Los miembros participantes están sujetos a las normas y reglamentaciones establecidas por el programa y la organización patrocinadora, según corresponda. Para recibir el beneficio, los miembros deben presentar prueba que indique que han completado el programa. Este incentivo está

limitado a uno solo durante la vida del miembro. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*

- **Servicios de apoyo para el Examen de Desarrollo Educativo General (GED)**. Superior ayuda a los miembros con diagnóstico de discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) a alcanzar metas para mejorar su calidad de vida ofreciéndoles acceso a recursos que les ayuden a aprobar el examen de desarrollo educativo general (GED). Superior ayudará a todos los miembros interesados mediante la entrega de materiales de preparación para el GED y la identificación de centros de exámenes disponibles cerca de donde se encuentra el miembro. Para poder recibir los beneficios, los miembros deben estar inscritos en Superior durante al menos 60 días. El servicio de valor agregado se limita a uno solo durante la vida del miembro.
- **Ayuda para miembros con asma**. A los miembros inscritos en el Programa de servicios de control del asma se les ofrece un tratamiento optimizado de esa enfermedad. Los miembros participantes recibirán una funda de colchón y una funda de almohada hipoalergénicas para ayudar a controlar los síntomas del asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) cuando se hayan inscrito en el programa de tratamiento de enfermedades durante 60 días. Los miembros tienen derecho a recibir este servicio de valor agregado una vez al año. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual.
- **Programas de ejercicios y juegos saludables (YMCA)**. Una membresía de tres meses en la YMCA para los miembros de la zona de prestación de servicios de Travis que padezcan hipertensión, con el fin de fomentar la actividad física y mantener un estilo de vida saludable. Los miembros deben tener antecedentes de hipertensión y un IMC de 30 o superior, certificado por un médico. La membresía de tres meses debe ser consecutiva y ejercerse en los centros incluidos en la Alianza Estatal de centros YMCA de Texas. Los miembros están sujetos a las normas y los reglamentos de la YMCA participante en la que elijan inscribirse. Para que el miembro reúna los requisitos, debe haber una YMCA que sea parte de la Alianza Estatal de las YMCA de Texas en las cercanías de su lugar de residencia. Los miembros tienen derecho a recibir este servicio de valor agregado una vez al año. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual.
- **Comidas a domicilio**. Los miembros que cumplan los requisitos tienen derecho a recibir 10 comidas preparadas a domicilio al año tras el alta hospitalaria de una estancia aguda o tras el alta de un centro de enfermería para reincorporarse al entorno comunitario. Disponible para los miembros que no participan en el programa de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) y que no residen en un hogar residencial de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF-IID), El servicio de comidas a domicilio debe contar con la autorización previa del Departamento de Coordinación de Servicios de Superior. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS que reúnen requisitos duales (no del plan integrado correspondiente [AIP]).
- **Servicios de relevo en el hogar**. Hasta 16 horas de servicios de relevo a domicilio al año. Disponibles para los miembros de STAR+PLUS que padezcan determinadas afecciones complejas y crónicas y que no sean miembros del programa de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) ni vivan en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID). Los servicios deben tener la autorización previa del Departamento de Coordinación de Servicios de Superior. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS que reúnen requisitos duales (no del plan integrado correspondiente [AIP]).
- **Asignación para campamentos para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD)**. Hasta $100 cada año para miembros que no vivan en un centro residencial de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID) o en un centro de enfermería para inscribirse en un campamento. Los miembros son elegibles para recibir este servicio de valor agregado una vez al año para ayudar a promover oportunidades y una mayor independencia. Los miembros participantes están sujetos a las normas y los reglamentos establecidos por el campamento. El Departamento de Coordinación de Servicios de Superior debe aprobar este servicio de valor agregado 90 días antes de la fecha de inicio. El miembro es responsable del saldo restante que deba pagarse a la organización/el campamento. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS que reúnen requisitos duales (no del plan integrado correspondiente [AIP]).
- **Programa de incentivo de seguimiento para pacientes hospitalizados**. Recompensa de $20 para todos los miembros

que sean admitidos en un centro para pacientes hospitalizados por un diagnóstico relacionado con la salud mental o el abuso de sustancias y que acudan a una visita médica de seguimiento dentro de los 7 días del alta del hospital. Los miembros tienen derecho a recibir este servicio de valor agregado una vez al año. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*

- **Joy for All™**. Los miembros de STAR+PLUS sin elegibilidad doble que reúnen los requisitos pueden recibir una mascota de compañía de peluche a batería Joy for All™. Los miembros deben:
  - llevar 60 días inscritos en el programa MIND at Home o en la administración de la atención del entrenamiento de adaptación cognitiva, y
  - tener un diagnóstico de demencia o enfermedad de Alzheimer.

  Los servicios de valor agregado deben contar con la autorización previa del Departamento de Administración de la Atención de Superior. Este incentivo está limitado a uno solo durante la vida del miembro.
- **Recompensas prenatales y posparto**. El programa de recompensas de Superior ofrece incentivos financieros distintos de dinero en efectivo y que premian a las miembros embarazadas por completar actividades saludables relacionadas con el embarazo y el parto. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual. Las miembros embarazadas pueden recibir recompensas por completar las siguientes actividades después de la confirmación de su visita:
  - $100 por una visita prenatal durante el primer trimestre o en los 42 días posteriores a la inscripción en Superior;
  - $50 por la visita posparto entre los 7 y los 84 días posteriores al parto.

  Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*

  Pulsera de identificación médica. Pulsera de identificación médica personalizada para miembros con un diagnóstico de discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD). Para poder obtenerla, el miembro debe someterse a una evaluación a domicilio con su coordinador de servicios de Superior. Limitado a los miembros de las zonas de prestación de servicios de Lubbock, Nueces y Travis. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual. Este servicio de valor añadido tiene restricciones y limitaciones adicionales. Este incentivo está limitado a uno solo durante la vida del miembro.
- **Programa de recuperación del consumo de nicotina**. Herramienta por Internet para ayudar a dejar de fumar y de vapear.
- **Servicios de nutrición**. Hasta 4 visitas nutricionales al año con un dietista titulado para los miembros que no vivan en un centro residencial de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID) o en un centro de enfermería. Este servicio está disponible para los miembros que hayan acudido a la sala de emergencias o hayan recibido el alta hospitalaria en los últimos 6 meses y que cumplan algunos de los siguientes requisitos:
  - Un IMC de 32 o superior, O de 18.5 o inferior y un diagnóstico de diabetes, enfermedad cardiovascular, asma o EPOC, o
  - Un trastorno alimentario que cumpla los requisitos, como, entre otros, la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, o
  - Un diagnóstico de cáncer activo en la actualidad o en espera de tratamiento con quimioterapia o radioterapia.
- Se excluye a los miembros de STAR+PLUS que reúnen requisitos duales (no del plan integrado correspondiente [AIP]). Este servicio de valor añadido tiene restricciones y limitaciones adicionales.
- **Recursos para la salud mental por Internet**. Herramienta por Internet para brindar apoyo a la salud mental y al bienestar general.
- **Artículos de venta libre (OTC)**. Asignación anual de $120 ($30 por trimestre) para miembros de STAR+PLUS que no residen en un centro residencial de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID) para artículos de venta libre de uso común enviados por correo al domicilio del miembro o comprados en tiendas participantes. Este beneficio cubre los artículos que no requieren receta y que no están cubiertos por Medicaid. Los miembros podrán

hacer su elección de un catálogo de artículos que proporciona Superior. Los miembros pueden hacer pedidos por Internet en https://www.cvs.com/benefits y llamando al número de teléfono gratuito del proveedor, o comprar en las tiendas participantes. Los saldos no utilizados no se trasladan de un trimestre a otro. Para que se realice el envío de los artículos al hogar del miembro, su costo total debe ser inferior o igual a la asignación del programa. En el caso de las compras realizadas en la tienda, el miembro puede pagar los importes que superen el monto del beneficio. Los productos no tienen devolución. Los pedidos de artículos OTC son únicamente para el miembro. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS con elegibilidad dual.

- **Control de plagas**. Dos dispositivos enchufables repelentes de plagas para ayudar a controlar los síntomas del asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los miembros deben estar inscritos en los Servicios de Control del Asma o de la EPOC durante 60 días continuos. Este servicio de valor añadido está disponible una vez al año. Quedan excluidos los miembros de los beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI).
- **Transporte a las clases de "Cuestión de Equilibrio"**. Ayuda para el transporte para los miembros cuando el transporte de Medicaid no esté disponible. Este servicio está destinado a los miembros de STAR+PLUS inscritos en las clases de prevención de caídas "Cuestión de Equilibrio" y se limita a un máximo de 8 viajes de ida y vuelta a lo largo de toda la vida. El transporte deberá programarse con al menos tres días laborables de antelación a la cita y contar con la autorización previa del Departamento de Coordinación de Servicios de Superior. El traslado debe ser dentro de la zona de prestación de servicios y no exceder las 30 millas en un solo sentido. No incluye el reembolso de traslados, ambulancias y transporte de emergencia.
- **Ayuda telefónica a corto plazo**. El teléfono preprogramado Connections Plus que incluye llamadas y mensajes de texto ilimitados está disponible para los miembros que reúnan los requisitos y que estén inscritos en la Administración de la Atención, que no tengan acceso a un teléfono y no reúnan los requisitos para el programa federal Lifeline. La Coordinación de servicios de Superior debe aprobar las solicitudes de teléfonos de Connections Plus. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS que reúnen requisitos duales (no del plan integrado correspondiente [AIP]).
- **Programa Weight Watchers®**. Para promover el control del peso y mejorar la salud, la nutrición y el bienestar, Superior les ofrecerá a los miembros una suscripción de 3 meses al programa Weight Watchers® por Internet. Los miembros deben tener un IMC de 30 o superior y un diagnóstico principal de diabetes, prediabetes, hipertensión o enfermedad cardíaca para reunir los requisitos. Para reunir los requisitos, se deben verificar el IMC y el diagnóstico. Las miembros que estén embarazadas o tengan un diagnóstico de bulimia nerviosa no podrán recibir el beneficio. Los miembros deben tener acceso a Internet. Se excluye a los miembros de STAR+PLUS que reúnen requisitos duales (no del plan integrado correspondiente [AIP]).

***Tenga en cuenta que**: a partir del 1 de enero de 2027, los miembros deberán inscribirse en el programa My Health Pays® para acumular recompensas. Visite SuperiorHealthPlan.com/Recompensas o llame a Servicios para miembros al 1-877-277-9772 para inscribirse. Si realiza actividades que dan derecho a recompensas a partir del 1 de septiembre de 2026, antes de que comience el plazo de inscripción el 1 de enero de 2027, seguirá recibiendo dichas recompensas. Una vez que se haya inscrito, las recompensas a las que tenga derecho y que haya obtenido antes de la inscripción se agregarán a su tarjeta de My Health Pays®.

Los servicios de valor agregado pueden estar sujetos a restricciones y limitaciones. Estos servicios de valor agregado están vigentes del 9/1/26 al 8/31/27. Para obtener una lista actualizada de estos servicios, ingrese a SuperiorHealthPlan.com/VAS-es. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros al 1-877-277-9772.

Beneficios de bonos y servicios

¿Cómo puedo obtener más información sobre los beneficios y servicos que están disponibles?

Superior desea estar seguro de que está vinculado con servicios sociales y atención médica de calidad. El equipo de trabajo de los miembros de Superior puede enseñarle a usar los servicios de Superior. Pueden visitarlo(a) en su casa, comunicarse con usted por teléfono o enviarle información por correo electrónico. Lo ayudarán, entre otras cosas, con lo siguiente:

- Cómo escoger a un doctor
- Cómo utilizar el manual para miembros
- Cómo utilizar los servicios de Superior
- El programa STAR+PLUS
- Atención preventiva, urgentes y de emergencia
- Servicios de Transporte
- Visitas a especialistas
- Procedimientos para presentar quejas y apelaciones
- Procedimientos sobre cómo salir del programa

Superior Member Connections puede brindarle recursos para ayudarle a obtener alimentos, alojamiento, ropa y servicios públicos. Llame al personal de Superior Member Connections al 1-877-277-9772 para conocer más o saber qué clases se están ofreciendo en este momento.

Nuevos tratamientos para atenderlo

Superior cuenta con un comité de médicos que revisan nuevos tratamientos para las personas con ciertas enfermedades. Se examina la información de otros médicos y los organismos científicos. Los tratamientos nuevos cubiertos por Medicaid de Texas son compartidos con los doctores de Superior. Esto les permite ofrecer los mejores y más actualizados tipos de atención médica para usted.

Información útil

Para obtener ayuda para encontrar apoyos comunitarios como servicios de alimentación y nutrición, alojamiento, educación y empleo use el directorio de recursos de servicios sociales por Internet, ubicado en https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources.html

Educación sobre la salud

¿Qué otras cosas les ofrece Superior a los miembros por aprender sobre la atención médica?

Superior tiene mucho más información disponible en línea. Esto incluye el boletín informativo trimestral para miembros. Puede encontrar esto en www-es.SuperiorHealthPlan.com; para eso, haga clic en Planes de Medicaid y Chip (Medicaid & CHIP Plans) y, a continuación, en Novedades y boletines de noticias de Medicaid (Medicaid News & Newsletters).

También dispone de herramientas y clases interactivas sobre la salud por Internet. Esto incluye la aplicación Wellframe Care que le ayuda a aprender cómo vivir bien con enfermedades crónicas, obtener consejos de alimentación saludable, encontrar ejercicios que disfrutará hacer y mucho más. Puede encontrarla en www-es.SuperiorHealthPlan.com accediendo al Portal para miembros de Superior.

¿Qué tipo de clases de educación sobre la salud ofrece Superior?

Superior quiere que usted lleve una vida sana. Es por eso que creamos el programa de Educación de la Salud Superior. Este programa le brinda información para ayudarlo a realizar mejores opciones de salud para usted y su familia.

Las clases de Superior incluyen:

- Reuniones del grupo de asesoramiento para miembros para ayudarle a obtener más información sobre sus beneficios y servicios. También tiene la oportunidad de proporcionar comentarios sobre cómo Superior le está ayudando con sus necesidades de atención médica. Puede obtener más información sobre estas reuniones llamando al 1-877-277-9772 o visitando www-es.SuperiorHealthPlan.com.
- Smart Start for Your Baby®: un programa especial para las mujeres embarazadas que incluye las clases de educación, administración de casos y *baby showers* educativos. Para obtener más información sobre los *baby showers* de Superior, visite nuestro sitio web en www-es.SuperiorHealthPlan.com.
- Una cuestión de equilibrio: los miembros aprenderán a controlar el miedo a las caídas, a fijar objetivos para aumentar el nivel de ejercicios y promover la resistencia y el equilibrio, así como cambiar su entorno para reducir los factores de riesgo de caída.
- *Baby showers* educativos virtuales para enseñarle más sobre su embarazo y su nuevo bebé. Para obtener más información, sírvase visitar nuestro sitio web ingresando a SuperiorHealthPlan.com/Eventos o llame a Servicios para miembros al 1-877-277-9772.
- Superior quiere ayudar a que tanto usted como sus seres queridos se mantengan saludables. Es por ello que creamos una serie de videos cortos que ofrecen importantes consejos de salud. Estos videos abarcan muchos temas, que incluyen gestión del asma, recursos para cuidadores, apoyo para la diabetes y mucho más. Obtenga más información en SuperiorHealthPlan.com/BienestarAPedido.

Superior también le puede ayudar a encontrar otras clases de educación de salud ofrecidas dentro de la comunidad que pueden ayudarle a usted y a su familia.

Recuerde: Si tiene alguna pregunta sobre si algún servicio está cubierto o no, llame a Superior al 1-877-277-9772.

¿Qué clases de educación de salud ofrecen otros agencias?

Superior también le informará sobre otras clases de educación de salud ofrecidas dentro de la comunidad que pueden ayudarle a usted y a su familia. Algunos programas de educación de salud comunitaria son:

- Clases de educación sobre diabetes
- Clases de nutrición para toda la familia
- Clases de reanimación cardiopulmonar (RCP)
- Clases de dieta saludable

Si necesita ayuda adicional porque está embarazada, o si usted a tienen asma u otra enfermedad grave, llame a Superior al 1-877-277-9772. El personal le ayudará a que usted se comunique con el programa de Administración de atención Superior. Cuenta con enfermeros/as certificados/as que pueden ayudarle a controlar su enfermedad. Los/las enfermeros/as trabajarán con usted y su doctor para coordinar su atención y asegurarse de que usted tiene lo que necesita para mantenerse saludable.

Directivas anticipadas

¿Qué debo hacer si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones acerca de mi atención médica?

Todo adulto que esté en un hospital, en casas de enfermería, en centros de salud del comportamiento y en otros lugares de atención médica tiene ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene el derecho a saber el tipo de atención que va a recibir, y que sus expedientes médicos se mantendrán siempre privados.

Una ley federal le da el derecho a llenar una hoja que se llama "directiva anticipada". Una directiva anticipada es un testamento vital o un poder notarial para la atención médica cuando una persona no es capaz de tomar una decisión por su propia cuenta debido a su salud. Le da la oportunidad de poner por escrito sus deseos sobre qué tipo de atención médica usted quiere o no quiere, bajo condiciones médicas especiales y graves, cuando quizás no sea capaz de comunicar sus deseos a su doctor, al hospital o a otro personal médico.

¿Qué son las directivas anticipadas? Cómo puedo obtener una directiva anticipada?

Una directiva anticipada le permite tomar decisiones sobre su atención médica antes de que se ponga demasiado enfermo. Lo que usted decida se pone por escrito. Entonces, si usted se encuentra demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica, su médico sabrá qué tipo de atención médica usted quiere que le den o que no le den. La directiva anticipada también puede decir quién puede tomar decisiones en nombre suyo, si usted no es capaz de hacerlo.

Con este documento, usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica, como el tipo de atención médica usted va a aceptar o no aceptar, en caso que la quiera. Si usted firma cualquiera de estos documentos, su doctor lo anotará en su expediente médico para que otros doctores se enteren.

Superior quiere que usted sepa que tiene el derecho a decidir para que usted pueda llenar los documentos con anticipación. Los siguientes son los tipos de directiva anticipada que puede elegir bajo las leyes de Texas:

- **Directiva al Doctor (Testamento Vital)** – El testamento vital le indica al doctor lo que debe hacer. Lo ayuda a comunicar sus deseos acerca del tratamiento médico en algún momento del futuro cuando no pueda dar a conocer su voluntad debido a una enfermedad o lesión. En el Estado de Texas usted pude hacer un testamento vital. Su doctor debe obedecer su testamento vital en caso que esté demasiado enfermo para decidir sobre su atención médica.
- **Carta Poder Perdurable para la Atención Médica** – Es un documento que le permite nombrar a alguien para tomar decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo por su cuenta.
- **Declaración de Tratamiento de la Salud Mental** – Le indica a su doctor la atención médica de salud mental que usted desea recibir. En el Estado de Texas usted puede tomar esta decisión. Se vence en tres años después de ser firmada o cualquier en momento en que desee cancelarla, a menos que un tribunal haya considerado que está incapacitado.
- **No Resucite Fuera del Hospital** – Le indica a su doctor qué hacer si usted está a punto de morir. En el Estado de Texas su doctor debe obedecer esta petición si usted está demasiado enfermo.

Cuando consulte al médico acerca de las directrices anticipadas, es probable que cuente con estos formularios en el consultorio y se los entregue. También puede llamar a Superior al 1-877-277-9772 y le daremos el formulario.

Facturación

¿Qué hago si recibo una factura de mi médico? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitarán?

Si usted recibe Medicaid, no le deberían facturar por ningún servicio cubierto por Medicaid. Por favor recuerde de siempre enseñar su identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación de Superior antes de ver al doctor. Si recibe una factura de un proveedor de Medicaid, llame a Servicios para miembros al 1-877-277-9772.

Cuando llame, dé la siguiente información al representante de Servicios para miembros:

- La fecha del servicio
- Su número de cuenta de paciente
- El nombre del proveedor
- El número de teléfono en la factura
- La cantidad total de la factura

Nota: Si va a un proveedor que no está inscrito en Texas Medicaid y/o no está registrado como proveedor de Superior, es posible que Superior no le pague a dicho proveedor y que usted reciba una factura por el servicio. Usted tiene que pagar por los servicios no cubiertos por Medicaid. Es responsabilidad suya determinar cuáles servicios están cubiertos y cuáles no están.

Si tiene cobertura de Medicare y de Medicaid (elegibilidad doble), no se le pueden facturar los "gastos compartidos" de Medicare, que incluyen montos deducibles, coseguros o copagos que están cubiertos por Medicaid. Esos gastos deben ser facturados a Medicare Advantage Plan (MAP), que también los reembolsa, si usted tiene una plan de Medicare administrado, o a Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP) si tiene la cobertura de Medicare tradicional. Existen también algunos suministros y servicios de atención de enfermos agudos no cubiertos por Medicare que están cubiertos por Medicaid.

¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o articulos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?

No le pueden enviar una cuenta por los gastos de participación en los costos de Medicare, lo cual incluye deducibles, coaseguro y copagos.

Consejo de Salud de Superior

Si tiene diabetes, hay ciertos exámenes que necesita por lo menos una vez al año. Estos incluyen su hemoglobina A1c y la detección de colestrol. También debería examinarse los ojos y los riñones por lo menos una vez al año. ¡Llame a su doctor y haga una cita!

Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios

¿Qué hago hacer si tengo una queja? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. Si tiene alguna queja, por favor llame gratis al 1-877-277-9772 para explicarnos el problema. Su representante legalmente autorizado también puede presentar una queja en su nombre.

También puede presentar una queja en nuestro sitio web. Vaya al sitio https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/complaints-appeals.html. También puede usar el formulario para quejas de Superior. Una copia del formulario para quejas se puede imprimir del sitio web de Superior. Puede enviar el formulario por correo a:

Superior HealthPlan
ATTN: Complaints
5900 E. Ben White Blvd., Building D
Austin, TX 78741
Fax: 1-866-683-5369

Se ofrecen servicios de intérprete sin costo alguno. Llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772 (TTY: 1-800-735-2989) para pedir ayuda.

¿Puede alguien de Superior ayudarme a presentar una queja?

El defensor de miembros de Superior le puede ayudar a presentar una queja. Simplemente llame a Servicios para miembros, 1-877-277-9772 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). También puede presentar una queja en persona ante un representante de Superior, que documentará su queja en su nombre dentro de las 24 horas de la recepción.

¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento. Se puede presentar una queja por teléfono, por correo, Internet en https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/complaints-appeals.html. o fax al 1-866-683-5369.

¿Cuánto tiempo se demora para procesar mi queja?

Normalmente le podemos ayudar enseguida o a más tardar dentro de pocos días. Superior le dará una respuesta por escrito a su queja dentro de 30 días de la fecha en que presenta la queja.

¿Tengo derecho de reunirme con el panel de apelación de quejas?

Si no está satisfecho con la respuesta de Superior a su queja, tiene el derecho de reunirse con un panel de apelación de quejas. El panel está compuesto de miembros, proveedores y el personal de Superior. El panel se reunirá con usted y le dará una respuesta final a su queja dentro de treinta (30) días a partir de haber recibido su solicitud por escrito de su deseo de apelar.

Si no estoy satifecho con la desición, ¿con quién puedo hablar?

Una vez que haya agotado el tramite de quejas de Superior, puede quejarse ante Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) llamada gratis al 1-866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirreción:

Texas Health and Human Services
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja a: hhs.texas.gov/managed-care-help.

¿Qué es la línea de escalamiento del MDCP/DBMD?

La línea de escalamiento del MDCP/DBMD ayuda a las personas con Medicaid que reciben beneficios del Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP) o del Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD).

Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios

Esta ayuda puede consistir en darle respuesta a las dudas que pueda tener sobre las audiencias imparciales estatales o sobre la continuidad de los servicios mientras se lleva a cabo la apelación.

¿Cuándo pueden llamar los miembros a la línea de escalamiento?

Llame si ha tratado de obtener ayuda y no ha recibido el tipo de ayuda que necesitaba. Si no sabe a quién recurrir, puede llamar al 1-844-999-9543 y se encargarán de ponerlo en contacto con el personal adecuado.

¿La línea de escalamiento es la misma que la de la Oficina del Defensor del Pueblo del HHSC?

No. La línea de escalamiento del MDCP/DBMD forma parte del programa Medicaid. El Defensor del Pueblo le ofrece una revisión independiente de sus inquietudes. Puede comunicarse con su oficina llamando al 866-566-8989 o visitando el sitio de internet hhs.texas.gov/managed-care-help. La línea de escalamiento del MDCP/DBMD está dirigida a personas y familias que reciben beneficios del programa MDCP o DBMD.

¿Quiénes pueden llamar a la línea de ayuda?

Usted, su representante autorizado o su representante legal pueden llamar.

¿Puedo llamar en cualquier horario?

La línea de escalamiento está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si llama después de este horario, deje un mensaje y uno de nuestros empleados de guardia capacitado se comunicará con usted.

¿Cómo sabré si los servicios cubiertos por Medicaid son denegados o limitados? ¿Qué puedo hacer si mi médico pide para mí un servicio cubierto por Superior, pero Superior lo deniega o limita?

Superior le enviará una carta si el servicio solicitado es denegado o limitado. Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación.

Si los servicios cubiertos por Medicaid son denegados, reducidos, suspendidos o cancelados, tiene derecho a apelar la decisión de Superior. Usted puede apelar total o parcialmente la denegación de Superior respecto a un reclamo. La denegación de Superior se denomina “decisión adversa de beneficios”. Puede apelar la decisión adversa de beneficios si considera que Superior:

- Interrumpe una cobertura de atención que usted considera que necesita.
- Deniega una cobertura de atención que usted considera que debería cubrir.
- Está aprobando parcialmente un servicio cubierto.

La mayoría de los servicios de cuidados agudos que recibe, como las visitas del médico, los servicios de radiografías y pruebas de laboratorio y los medicamentos, son servicios que cubre Medicare a los miembros que tienen doble derecho a estos beneficios. El proceso de apelación para estos servicios puede tener diferentes plazos. Los servicios cubiertos por Medicare seguirán el proceso de quejas y apelaciones para los servicios cubiertos por Medicare que recibe de su plan de Medicare. Comuníquese con su plan de Medicare para obtener información sobre el proceso de quejas y apelaciones de Medicare.

Apelaciones interna del plan médico

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación interna del plan médico?

Usted puede solicitar una apelación interna del plan médico en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de recepción de la carta de denegación de Superior denominada Aviso de decisión adversa de beneficios.

Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios

¿Alguien de Superior puede ayudarme a presentar una apelación interna del plan médico?

Usted, su médico, un amigo, pariente, abogado u otro portavoz pueden solicitar una apelación interna del plan médico respecto de una decisión adversa de beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una apelación interna del plan médico, su coordinador de servicios puede ayudarle. Simplemente llame al 1-877-277-9772 (TTY 1-800-735-2989). Un representante de los miembros de Superior también puede ayudarle. Simplemente llame a Servicios para miembros al 1-877-277-9772 (TTY 1-800-735-2989). Su representante legal autorizado también puede presentar una apelación interna del plan médico en su nombre. Se ofrecen servicios de intérprete sin costo alguno. Llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772 (TTY: 1-800-735-2989) para pedir ayuda.

¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación interna del plan médico para los servicios cubiertos por Medicaid que son denegados?

Usted tiene sesenta (60) días desde la fecha de la carta de Aviso de decisión adversa de beneficios para apelar la decisión. Superior acusará recibo de su apelación enviándole una carta dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de su apelación, completará la revisión de la apelación y le enviará una carta de respuesta con su decisión dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de recepción de la solicitud oral o escrita inicial de apelación. Superior debe completar todo el proceso de apelación estándar dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud oral o escrita de apelación inicial. El proceso de apelación podrá extenderse 14 días más si usted solicita una prórroga o Superior demuestra que necesita información adicional y que la demora redunda en beneficio del miembro. Si Superior requiere más tiempo para reunir datos acerca del servicio solicitado, usted recibirá una carta en la cual se le informará el motivo de la demora. Si no está de acuerdo con la decisión de Superior de extender el plazo para tomar una determinación sobre su apelación, puede presentar una queja.

¿Cómo puedo continuar con los servicios actuales autorizados mientras se tramita mi apelación?

Al apelar la decisión adversa de beneficios de Superior, puede solicitar la continuidad de los servicios actuales autorizados. Para continuar recibiendo un servicio que está por ser finalizado, suspendido o reducido, su solicitud de continuar un servicio debe realizarse dentro de los diez (10) días desde la fecha de la carta de Aviso de decisión adversa de beneficios de Superior o antes de la fecha en que se suspendan los servicios anteriormente autorizados, lo que sea posterior.

Superior seguirá brindándole los beneficios mientras su apelación se encuentra en proceso de revisión si se cumple todo lo siguiente:

- La apelación se envía en el plazo requerido.
- La apelación es por un servicio que fue denegado o limitado y que anteriormente había sido aprobado.
- La apelación es por un servicio solicitado por un proveedor aprobado por Superior.

Si, mediante su solicitud, Superior continúa o restablece los beneficios, y la solicitud de continuidad de los servicios no se aprueba en la apelación, Superior no buscará recuperar el pago de esos servicios sin el permiso por escrito del HHSC.

¿Debo realizar la solicitud de apelación interna del plan médico por escrito?

Para informarnos que desea apelar una decisión adversa de beneficios de Superior, puede llamar o solicitarla por escrito. Usted, su proveedor, un amigo, pariente, abogado u otro portavoz pueden solicitar una apelación y llenar el formulario de apelación en su nombre. Si tiene preguntas sobre el formulario de apelación, Superior puede ayudarle. Para obtener más información, llame a Superior al 1-877-277-9772.

¿Qué es una apelación interna de emergencia del plan médico?

Una apelación de emergencia tiene lugar cuando el plan médico debe tomar una decisión rápidamente debido a su estado de salud, ya que hacerlo en el plazo estipulado para una apelación estándar podría poner en riesgo su salud o su vida.

¿Cómo solicito una apelación interna de emergencia del plan médico? ¿Debo realizar mi solicitud por escrito?

Usted, su proveedor o su representante legal autorizado pueden solicitar una apelación de emergencia llamando a Superior al 1-877-398-9461. Para apelaciones relacionadas con los servicios de farmacia, llame a los Servicios de farmacia de Centene (CPS) al 1-833-236-9334. Las apelaciones de emergencia no necesitan realizarse por escrito.

No obstante, si desea presentarla por escrito, puede enviarla a:

Superior HealthPlan
Attn: Medical Management
5900 E. Ben White Blvd., Building D
Austin, Texas 78741
Fax: 1-866-918-2266

Para apelaciones relacionadas con los servicios de farmacia, comuníquese con:

Servicios de farmacia de Centene
Attn: Appeals
PO Box 31398 Tampa, FL 33631-3398
Fax para farmacias minoristas: 1-888-865-6531
Fax para biofarmacias médicas: 1-844-235-5091

Si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid y necesita solicitar una apelación de emergencia para servicios de cuidados agudos de Medicare, por favor siga el proceso de revisión de emergencia para su plan o programa de Medicare.

¿Cuáles son los plazos de una apelación interna de emergencia del plan médico? ¿Qué sucede si Superior rechaza mi solicitud de apelación de emergencia?

Le notificaremos la decisión sobre la apelación interna de emergencia del plan médico dentro de un plazo de 72 horas, a menos que su apelación se relacione con una emergencia en curso o con la denegación de continuar su hospitalización. Si su apelación es sobre una situación de emergencia en curso o la denegación de continuar su hospitalización, recibirá una notificación sobre la decisión de la apelación en el transcurso de un (1) día hábil. Superior le informará de inmediato si considera que su solicitud de apelación de emergencia no cumple con los criterios para considerarse como tal. Su apelación se procesará como una apelación estándar y la respuesta se enviará dentro de los treinta (30) días.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación interna de emergencia del plan médico?

Su proveedor, un amigo, pariente, abogado u otro portavoz pueden presentar una apelación de emergencia en su nombre. Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una apelación de emergencia, un representante de los miembros de Superior puede ayudarle.

Apelaciones externas

Después de que un miembro de Medicaid haya completado el proceso de apelación interna del plan médico en relación con una decisión adversa de beneficios, podrá disponer de otros derechos de apelación si no está conforme con la decisión de dicha apelación por parte del plan médico. Después de que el plan médico haya concluido su decisión sobre la apelación, los miembros tendrán derechos adicionales de apelación externa, incluido el derecho a una audiencia imparcial estatal con o sin una revisión médica externa. En las siguientes secciones encontrará información detallada sobre los procesos y derechos de apelación referidos a la audiencia imparcial estatal y a la revisión médica externa.

Revisión médica externa

¿Puedo solicitar una revisión médica externa?

Si usted, como miembro de Superior, no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación interna, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. La revisión médica externa es un paso adicional opcional que usted puede tomar para exigir que se revise su caso antes de la audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a una persona para que lo represente si se comunica con Superior y nos indica el nombre de la persona que desea que actúe como su representante. Su representante puede ser un proveedor. Usted o su representante deben solicitar la revisión médica externa dentro de los 120 días a partir de la fecha en que Superior le envíe la carta con la información de su decisión sobre la apelación interna. Si no solicita una revisión médica externa en el plazo de 120 días, puede perder su derecho a dicha revisión. Para solicitar una revisión médica externa, usted o su representante pueden elegir una de las siguientes opciones:

- llenar el "formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal y revisión médica externa" que se envía como documento adjunto con la carta de aviso para el miembro sobre la decisión de la apelación interna de Superior y enviarlo por correo postal o fax a Superior a la dirección o el número de fax que figura en la parte superior del formulario; o
- llamar a Superior al 1-877-398-9461.

Si solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días desde la fecha en que reciba el aviso de la decisión de Superior sobre su apelación, tendrá derecho a seguir recibiendo todos los servicios, incluidos los servicios y entornos alternativos, que Superior le haya denegado, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia imparcial estatal. Si no solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días desde la fecha en que reciba el aviso de la decisión de Superior sobre su apelación, el servicio denegado por Superior se interrumpirá.

La Organización de Revisión Independiente es una organización de terceros contratada por el HHS que lleva a cabo revisiones médicas externas sobre decisiones adversas de beneficios según una necesidad médica o funcional. Puede retirar su solicitud de revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de Revisión Independiente o mientras la Organización de Revisión Independiente esté revisando dicha solicitud. No se podrá retirar una revisión médica externa si una Organización de Revisión Independiente ya ha completado la revisión y tomado una decisión.

Una vez que haya recibido la decisión de la revisión médica externa, tiene derecho a retirar la solicitud de audiencia imparcial estatal. Puede retirar la solicitud de audiencia imparcial estatal llamando a Superior al 1-877-398-9461.

Si avanza con la audiencia imparcial estatal y la decisión de dicha audiencia no coincide con la de la Organización de Revisión Independiente, prevalecerá la decisión de la audiencia imparcial estatal. La decisión adoptada en dicha audiencia solo puede ratificar o incrementar los beneficios dispuestos para usted por la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá seriamente en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar sus funciones al máximo, tanto usted como su padre, madre o representante legal autorizado podrán solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia comunicándose por escrito o por teléfono con Superior HealthPlan. Para poder acceder a una revisión médica externa de emergencia y a una revisión de audiencia imparcial estatal de emergencia a través del HHS, primero debe completar el proceso de apelación interna de Superior.

Audiencias imparciales estatales

¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?

Antes de solicitar una audiencia imparcial estatal, debe completar el proceso de apelación interna del plan médico a través de Superior HealthPlan. **Si no está de acuerdo con la decisión de Superior sobre su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal del Departamento de Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC), ya sea con o sin revisión médica externa, a través de una Organización de Revisión Independiente (IRO).** Podrá solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal, pero no podrá solicitar solo una

revisión médica externa. Usted también puede solicitar una audiencia imparcial estatal con o sin revisión médica externa si Superior no toma una decisión sobre su apelación dentro del plazo requerido. En la audiencia imparcial estatal, puede representarse a sí mismo o nombrar a otra persona como su representante. Podría ser un proveedor, pariente, amigo, abogado o cualquier otra persona. Puede nombrar a una persona para que lo represente mediante una carta por escrito dirigida a Superior en la que indique el nombre de la persona que desea que actúe como su representante.

Usted o su representante deben pedir una audiencia imparcial estatal dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha del aviso en la que Superior le informa que deniega su apelación interna del plan médico.

Tiene derecho a seguir recibiendo todos los servicios, incluidos los servicios y entornos alternativos, que el plan médico le haya denegado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia imparcial estatal, si la solicita antes de la fecha que ocurra más tarde de las siguientes: (1) dentro de los 10 días corridos posteriores a la fecha en la que el plan médico le envía por correo el aviso sobre su decisión de la apelación interna o (2) el día que su servicio se reducirá o finalizará según lo notificado en el aviso sobre la decisión de la apelación interna del plan médico. Si no solicita una audiencia imparcial estatal antes de esa fecha, el servicio que el plan médico le denegó se interrumpirá.

Si, mediante su solicitud, Superior continúa o restablece los beneficios, y el funcionario de la audiencia imparcial estatal no aprueba la solicitud de continuidad de los servicios, Superior no buscará recuperar el pago de esos servicios sin un permiso por escrito del HHSC.

Para pedir una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben llamar o escribir a Superior:

Superior HealthPlan
ATTN: State Fair Hearings Coordinator
5900 E. Ben White Blvd., Building D
Austin, TX 78741
1-877-398-9461

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal sin revisión médica externa. Consulte más arriba el proceso de revisión médica externa.

¿Qué sucede después de que solicito una audiencia imparcial estatal?

Si solicita una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información que le indicará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se llevan a cabo por teléfono. También puede comunicarse con el funcionario de audiencias imparciales estatales del HHSC si desea que la audiencia sea en persona.

Durante la audiencia, usted o su representante pueden indicar por qué usted necesita el servicio o por qué no está de acuerdo con la decisión adversa de beneficios de Superior. Usted tiene derecho a examinar, en un plazo razonable antes de la fecha de la audiencia imparcial estatal, el contenido del expediente de su caso y cualquier documento que Superior vaya a utilizar en la audiencia. Antes de la audiencia imparcial estatal, Superior le enviará todos los documentos que se utilizarán en dicha audiencia. Es importante que usted o su representante asistan a la audiencia imparcial estatal en persona o por teléfono.

El HHSC emitirá una decisión final dentro de un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha en que usted pidió la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Para poder solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia a través del HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interna de Superior. Si cree que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá seriamente en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar sus funciones al máximo, usted o su representante podrán solicitar una audiencia imparcial de emergencia por escrito o llamándonos al 1-877-398-9461. El funcionario de la audiencia imparcial estatal emitirá una respuesta sobre su solicitud de audiencia imparcial estatal de emergencia dentro de los tres (3) días hábiles.

Derechos y responsabilidades

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos del miembro:

1. Tiene derecho a gozar de respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad y a no ser discriminado. Eso incluye el derecho a
   a. Ser tratado justa y respetuosamente.
   b. Saber que sus expedientes médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán privados y confidenciales.
2. Tiene derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted visitará la mayoría del tiempo y quién coordinará su atención médica. Tiene derecho a cambiarse a otro plan o proveedor de una manera razonable y fácil. Eso incluye el derecho
   a. Ser informado cómo elegir y cambiar su plan de salud y su PCP.
   b. Elegir cualquier plan de salud que desee que esté disponible en su área y de elegir a su PCP del plan.
   c. Cambiar su PCP.
   d. Cambiar su plan de salud sin multa.
   e. Ser informado sobre cómo cambiar su plan de salud y su PCP.
3. Tiene derecho de hacer preguntas y recibir respuestas sobre cualquier tema que no entienda. Eso incluye el derecho a:
   a. Que le explique su proveedor acerca las necesidades de su plan de salud y de conversar sobre diferentes maneras en que pueden ser tratados su problemas de atención médica.
   b. Que le explique por qué no recibió cierta atención médica u otros servicios.
   c. Recibir información sobre su salud, el plan, los servicios y los proveedores.
   d. Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene derecho de aceptar o negar tratamiento y de participar activamente en las decisiones sobre el tratamiento. Eso incluye el derecho a:
   a. Trabajar en equipo con su doctor para decidir cuál es la mejor atención médica para usted.
   b. Decir sí o no a las recomendaciones de su proveedor respecto a su atención médica.
5. Si su organización de atención médica administrada (MCO) ofrece servicios y entornos alternativos, usted tiene derecho a:
   a. Recibir información sobre los servicios y entornos alternativos que puede obtener y cómo solicitarlos.
   b. Ser informado de los motivos por los que se han reducido o denegado los servicios y entornos alternativos.
   c. Optar por rechazar los servicios y entornos alternativos en lugar de otros servicios cubiertos.
6. Tiene derecho a hacer uso de todos los procesos de apelación y quejas disponibles a través de la organización de atención médica administrada y de Medicaid, y a recibir una respuesta oportuna a las quejas, las apelaciones internas del plan médico, las revisiones médicas externas y las audiencias imparciales estatales. Eso incluye el derecho a:
   a. Presentar una queja ante su plan médico o el programa estatal de Medicaid en relación con la atención médica, el proveedor o el plan médico.
   b. La línea de escalamiento del MDCP/DBMD para los miembros que reciben servicios de exención a través del Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP) o del Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD).
   c. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
   d. Usar el proceso de apelación del plan y a que le informen cómo hacer uso de este proceso.
   e. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.

   f. Solicitar una audiencia imparcial estatal con o sin revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.
7. Tiene derecho de recibir acceso a la salud dentro de un tiempo justo que no tenga barreras de comunicación ni físicas para el acceso. Eso incluye el derecho a:
   a. Tener acceso por teléfono a un profesional médico las 24 horas del día, 7 días a la semana para recibir cualquier atención de emergencia o de urgencia que necesite.
   b. Recibir atención médica dentro de un tiempo justo.
   c. Poder comunicarse con la oficina de atención médica del proveedor. Eso incluye acceso sin barreras para personas con discapacidad o alguna otra condición que limite la movilidad, conforme a la Ley de Ciudadanos Americanos con Discapacidades.
   d. Tener traductores, si necesita, en las citas con el proveedor y cuando habla con representantes del plan de salud. Los traductores son personas que pueden hablar en su idioma nativo, que pueden ayudar a una persona con discapacidad, o que le pueden ayudar a que entienda la información.
   e. Recibir información que puede comprender sobre los reglamentos de su plan de salud, que incluye cuáles servicios de salud puede recibir y cómo puede recibirlos.
8. Usted tiene derecho a no ser sometido a restricción o reclusión por intereses de terceros, o para forzarlo a cometer un acto contra su voluntad, o para evitar que abandone un lugar o para castigarlo.
9. Tiene derecho de saber que sus doctores, hospitales y otras personas que le atienden le pueden aconsejar sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que esas personas le den información, aún cuando esa atención o tratamiento no esté cubierto.
10. Tiene derecho a saber que no tiene que pagar por servicios cubiertos. Ni el doctor, hospital ni los demás le pueden obligar a pagar copagos o cualquier otro costo por los servicios que están cubiertos.
11. Hacer recomendaciones sobre las normas de derechos y responsabilidades de los miembros de Superior.

Resposabilidades del miembro:

1. Usted debe aprender y comprender cada derecho que tiene bajo el programa de Medicaid. Eso incluye laresponsabilidad de:
   a. Aprender y comprender sus derechos bajo el programa de Medicaid.
   b. Hacer preguntas si no entiende sus derechos.
   c. Aprender cuáles opciones del plan de salud están disponibles en su localidad.
2. Usted debe cumplir con las políticas y procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
   a. Aprender a obedecer los reglamentos del plan de salud y los reglamentos de Medicaid.
   b. Escoger sin demora su plan de salud y su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).
   c. Hacer cualquier cambio a su plan de salud y a su PCP en la forma establecida por Medicaid y por el plan de salud.
   d. Cumplir con las citas que tiene.
   e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
   f. Llamar primero a su PCP para su atención que no es de emergencia.
   g. Asegurar que tenga autorización del PCP antes de ir a un especialista.
   h. Saber cuándo debe o no debe ir a la sala de emergencias.
3. Usted debe compartir la información sobre su salud con su PCP y darse cuenta de los servicios y opcionesde tratamiento. Eso incluye la responsabilidad de:
   a. Informar a su PCP acerca de su salud.
   b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y averiguar las diferentes formas de tratar a sus problemas de atención médica.
   c. Ayudar a sus proveedores a obtener sus expedientes médicos.

4. Debe involucrarse en las decisiones de las opciones de servicios y tratamientos, y tomar decisiones personales y tomar los pasos para mantenerse saludable. Eso incluye la responsabilidad de:
   a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir la mejor atención médica para usted.
   b. Entender cómo su comportamiento afecta a su salud.
   c. Hacer todo lo posible para mantenerse saludable.
   d. Diríjase con respecto a los proveedores y su personal.
   e. Consultar a su proveedor sobre todos sus medicamentos.

Si piensa que ha sido tratado de manera injusta o que le han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos, al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Humanos de HHS en línea en www.hhs.gov/ocr.

Responsabilidades adicionales de los miembros cuando usan el Programa de Transporte Médico de Superior:

1. Cuando solicite los servicios de NEMT a través del Programa de Transporte Médico de Superior, debe proporcionar la información solicitada por la persona que coordina o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las reglas y reglamentaciones que rigen sus servicios de NEMT.
3. Debe devolver los fondos anticipados que no usó. Debe proporcionar pruebas de que cumplió con su cita médica antes de recibir fondos anticipados en el futuro.
4. No debe agredir ni acosar verbal, sexual ni físicamente a nadie cuando solicita o recibe los servicios de NEMT.
5. No debe perder los boletos o pases de autobús, y debe regresar aquellos que no use. Debe usar los boletos o pases de autobús solo para ir a su cita médica.
6. Solo debe usar los servicios de NEMT para ir a sus citas médicas y volver.
7. Si coordinó un servicio de NEMT, pero se produce un cambio y ya no lo necesita, debe comunicarse con la persona que lo ayudó a coordinar el transporte lo antes posible.

Como miembro de Superior HealthPlan, usted puede pedir y recibir la suguiente información cada año:

- Información sobre Superior y nuestros proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombres, la direccion, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes y calificaciones de cada proveedor de la red, como:
  - Calificaciones profesionales
  - Especialidad
  - Escuela médica a la que asistió
  - Finalización de la residencia
  - Estado de certificación ante el Consejo
  - Datos demográficos
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelación interna del plan médico, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal.
- Información sobre el Programa de Mejora de la Calidad de Superior. Para solicitar una copia impresa, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772 o visite nuestro sitio web en www-es.superiorhealthplan.com/MejoradelaCalidad.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.

- Información sobre servicios y entornos alternativos, si los ofrece su MCO, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios y la política sobre referidos.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normals de consulta y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
  - La explicación de un estado médicos de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
  - El hecho de que no necesita autorización previa de su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para recibir atención de emergencia.
  - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
  - Las direcciónes de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
  - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
  - Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el PCP no presta.
- Las pautas de práctica de Superior.

Su derecho a la privacidad

El siguiente avios describe cómo se puede usar y divulgar los datos médicos syuos y cómo usted puede tener aceso a esa información. Por favor revísela con cuidado.

En Superior HealthPlan, consideramos que su privacidad es importante. Se hará lo posible para proteger sus expedientes médicos. Puede ver una copia de nuestro aviso de la privacidad en www-es.SuperiorHealthPlan.com, o si llama a Servicios para miembros al 1-877-277-9772. Por ley, debemos proteger sus expedientes médicos y enviarle este aviso. Este aviso le informa cómo usamos sus expedientes médicos. Describe cuando podemos compartir sus expedientes y explica sus derechos sobre el uso de sus expedientes médicos. También indica cómo usar esos derechos y quién puede ver sus expedientes. Este aviso no aplica a la información que no lo identifica a usted.

Cuando se habla de sus expedientes médicos en este aviso, eso incluye cualquier información sobre su salud pasada, presente o futura, física o mental, mientras que es Miembro de Superior HealthPlan. Esto incluye darle atención médica. También incluye pagos por su atención médica mientras usted es uno de nuestros miembros.

Por favor tenga en cuenta: HHS también tiene un aviso de privacidad en el que se describen sus reglas para sus registros médicos. Puede encontrar ese aviso en nuestro sitio web enwww-es.SuperiorHealthPlan.com. Otros planes de salud y proveedores de atención médica tienen otros reglamentos para usar o compartir sus expedientes médicos. Le pedimos que obtenga una copia de esos Avisos de Privacidad y que los lea cuidadosamente.

Confidencialidad

Cuando usted o su hijo hablan con alguien, usted comparte datos privados. El proveedor de su sólo puede compartir estos datos al personal que está ayudando con la atención de su. Estos datos se pueden compartir con otros sólo cuando usted está de acuerdo. Superior los ayudará a usted y a su hijo con su tratamiento de salud física y mental o de trastorno por consumo de sustancias dándoles la atención que necesitan.

Los empleados de la agencia están entrenados y se les requiere proteger la privacidad de la información de salud que lo identifique. Una agencia no les da acceso a información de salud a sus empleados a menos que sea necesario por una razón de negocios. Algunas de las razones de negocios para necesitar acceso a la información de salud incluyen el tomar decisiones sobre los beneficios, pagar facturas y planear el cuidado médico que necesita. La agencia castigará a los empleados que no protejan la privacidad de la información de salud que lo identifica.

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA.

POR FAVOR, LÉALO ATENTAMENTE.

En vigencia desde 01.01.2026

Revisado el 09.01.2025

Si desea obtener ayuda para traducir o entender este texto, llame al 1-866-896-1844.
Las personas con problemas de la audición deben llamar a TTY: 711.
Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-866-896-1844. (TTY: 711).

Nuestros servicios de intérprete se le proporcionan a usted sin costo alguno.

Obligaciones de las entidades cubiertas:

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

Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI, esto incluye información relacionada con raza, etnia, idioma, identidad de género y orientación sexual. Además, describe sus derechos a acceder a su PHI, a enmendarla y administrarla, y explica cómo ejercer estos derechos. Todas las demás formas de usar y divulgar su PHI que no se describen en este Aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

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

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

Todo Aviso modificado será publicado en nuestro sitio web.

Protecciones internas de su PHI oral, escrita y electrónica:

Superior protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, etnia e idioma (REL) y orientación sexual e identidad de género (SOGI). Contamos con procesos de privacidad y seguridad para facilitar la protección.

Las siguientes son algunas de las formas en que protegemos su PHI.

- Capacitamos a nuestro personal para que cumplan con los procesos de seguridad y privacidad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de seguridad y privacidad.
- Mantenemos nuestras oficinas protegidas.
- Hablamos sobre su PHI solo por motivos comerciales y con personas que necesitan saber al respecto.
- Mantenemos la seguridad de su PHI al almacenarla o enviarla de forma electrónica.
- Usamos tecnología para evitar que personas no previstas accedan a su PHI.

Aviso de prácticas de privacidad

Usos y divulgación permitidos de su PHI:

A continuación, incluimos una lista de las formas en que podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento**: podemos usar o divulgar su PHI a un médico, incluido su médico de atención primaria (PCP), u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento a usted, para coordinar su tratamiento entre los proveedores o bien a fin de utilizarla como ayuda antes de tomar decisiones de autorización relacionadas con sus beneficios.
- **Pagos**: podemos usar y divulgar su PHI para realizar los pagos de beneficios correspondientes a los servicios de atención médica que usted recibe. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a las Normas Federales de Privacidad para la gestión de los pagos de los terceros mencionados. Las actividades de pago pueden incluir las siguientes:
  - Procesamiento de reclamos.
  - Determinación de elegibilidad o cobertura para reclamos.
  - Emisión de facturas de las primas.
  - Revisión de servicios por necesidad médica.
  - Revisión de utilización de reclamos.
- **Operaciones de atención médica**: podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir las siguientes:
  - Brindar servicios al cliente.
  - Responder a quejas y apelaciones.
  - Proporcionar administración de casos y coordinación de la atención.
  - Realizar una revisión médica de los reclamos y otras evaluaciones de calidad actividades de mejora.

  Con el objeto de llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar su PHI a socios comerciales. Celebraremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos socios. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas Federales de Privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted con respecto a las operaciones de atención médica. Esto incluye las siguientes operaciones:
  - Evaluación de calidad y actividades de mejora.
  - Revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica.
  - Administración de casos y coordinación de la atención.
  - Detección o prevención de fraude y abuso en la atención médica.

  Su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas y leyes del plan de salud. Esto significa que la información que usted proporciona es privada y segura. Solamente podemos compartir esta información con los proveedores de asistencia sanitaria. No se compartirá con terceros sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de sus cuidados y servicios.

  Esta información nos ayuda a:
  - Comprender mejor sus necesidades sanitarias.
  - Conocer sus preferencias lingüísticas cuando acuda a los profesionales sanitarios.
  - Proporcionar información sanitaria para satisfacer sus necesidades asistenciales.
  - Ofrecer programas que le ayuden a ser más saludable.

  Esta información no se utiliza con fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

- **Divulgación al patrocinador del plan/plan de salud grupal**: podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan médico grupal, como un empleador u otra entidad que le proporciona a usted un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado restricciones específicas sobre la forma en que usará o divulgará la información de salud protegida (por ejemplo, si ha aceptado no usar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras formas de divulgar su PHI requeridas o permitidas:

- **Actividades de recaudación de fondos**: podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación de caridad u otra entidad similar a fin de ayudar a financiar sus actividades. Si nos ponemos en contacto con usted en relación con actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de no participar o de dejar de recibir ese tipo de comunicaciones en el futuro.
- **Propósitos de suscripción**: podemos usar o divulgar su PHI para fines de suscripción, como tomar una decisión acerca de un pedido o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar la parte de su PHI que constituye información genética en el proceso de suscripción.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamientos**: podemos usar o divulgar su PHI a fin de recordarle una cita para un tratamiento o atención médica con nosotros, o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamientos, u otros servicios y beneficios relacionados con la salud, por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Según lo exija la ley**: si la ley local, estatal y/o federal exige el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que dicho uso o divulgación cumpla con dichas leyes y se limite a sus requerimientos. Si hubiese un conflicto entre dos o más leyes o regulaciones que rigen el mismo uso o divulgación, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivas.
- **Actividades de salud pública**: podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para garantizar la calidad, seguridad y efectividad de los producto o servicios que se encuentran bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de abuso y negligencia**: podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley a recibir dichos informes, si creemos razonablemente que existe abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos**: podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a:
  - Una orden de un tribunal
  - Un tribunal administrativo
  - Citaciones
  - Órdenes de comparecencia
  - Órdenes de detención
  - Petición de presentación de pruebas
  - Otra petición legal similar
- **Cumplimiento de la ley**: podemos divulgar su PHI relevante a las fuerzas de seguridad cuando así se exija. Por ejemplo, para responder a:
  - Una orden judicial
  - Una orden de detención expedida por un tribunal
  - Citaciones
  - Órdenes de comparecencia expedidas por un oficial judicial
  - Una citación del Gran Jurado

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

- **Registros de trastornos por uso de sustancias (SUD)**: No usaremos ni revelaremos sus registros de SUD en procedimientos legales en su contra, a menos que:
  - recibamos su consentimiento por escrito, o
  - recibamos una orden judicial, se le haya informado de la solicitud y se le haya dado la oportunidad de ser escuchado. La orden judicial debe incluir una citación o un documento legal similar que exija una respuesta.
- **Médico forenses, examinadores médicos y directores de funerarias**: podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus tareas.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos**: su PHI se puede divulgar a organizaciones de procuración de órganos. También podemos divulgar su PHI al personal de procuración, almacenamiento o trasplante de órganos cadavéricos, ojos y tejidos.
- **Amenazas contra la seguridad y la salud**: podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o reducir una amenaza inminente o grave contra la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especiales**: si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según las exigencias de las autoridades de los comandos militares. También podemos divulgar su PHI:
  - A oficiales federales autorizados por motivos de seguridad nacional
  - Para realizar actividades de inteligencia
  - Al Departamento de Estado para realizar determinaciones de idoneidad médica
  - Para llevar a cabo servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas
- **Indemnizaciones laborales**: podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionados con las indemnizaciones laborales u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios para enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, independientemente de la culpa.
- **Situaciones de emergencia**: podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o ausente, a un familiar, un amigo personal cercano, una agencia autorizada de asistencia en casos de catástrofes o cualquier otra persona que usted haya identificado previamente. Usaremos nuestro juicio y experiencia profesionales para determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si es así, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos**: si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de las fuerzas de seguridad, podemos revelar su PHI a la institución correccional o al oficial de las fuerzas de seguridad cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica, para proteger su salud o seguridad, o la salud o la seguridad de otras personas, o para la seguridad y la protección de la institución correccional.
- **Investigación**: en determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores si los estudios de investigación clínica que desarrollan fueron aprobados, y en los casos en que existan garantías específicas para asegurar la protección y la privacidad de su PHI.

Usos y divulgación de su PHI que requieren su autorización por escrito

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

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

- **Marketing**: solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de marketing con algunas excepciones, por ejemplo, al realizar comunicaciones de marketing cara a cara con usted o al entregar obsequios promocionales con valor nominal.
- **Notas de psicoterapia**: solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar sus notas de psicoterapia que tengamos en nuestros registros, con algunas excepciones; por ejemplo, para determinadas funciones de operaciones de atención médica, pagos o tratamientos.

Derechos individuales

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

- **Derecho a revocar una autorización**: puede revocar su autorización en cualquier momento; dicha revocación debe hacerse por escrito. La revocación será válida de inmediato, excepto en la medida en que ya hayamos realizado acciones en virtud de la autorización y antes de que hayamos recibido su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones**: tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para las operaciones de atención médica, pagos o tratamientos; y en la divulgación a personas que participan en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que pide y a quienes se las debe aplicar. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción salvo que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, limitaremos el uso o la divulgación de la PHI para las operaciones de atención médica o pagos a un plan médico cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad de los servicios o el artículo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su PHI a través de medios o ubicaciones alternativos. Este derecho es aplicable únicamente si la información pudiese generar algún riesgo para usted si no se la comunicara a través de los medios o ubicaciones alternativos que usted quiere. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría generar algún riesgo para usted si no se modificaran la ubicación o los medios de comunicación. Debemos aceptar su solicitud si es razonable y si especifica los medios o ubicaciones alternativos donde debemos enviar su PHI.
- **Derecho a acceder a su PHI y a recibir una copia de ella**: tiene derecho, con algunas excepciones, a leer su PHI incluida en un conjunto de registros designados o a obtener copias de ella. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo por razones prácticas. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si el motivo de la denegación se puede rever y cómo solicitar dicha revisión, o si la denegación no se puede rever.
- **Derecho a enmendar su PHI**: tiene derecho a solicitar que enmendemos o modifiquemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Debe presentar su solicitud por escrito, y esta debe contener el motivo por el cual la información debe enmendarse. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, como, por ejemplo, si no fuimos nosotros los que creamos la información que usted pide enmendar o si el creador de la PHI puede enmendarla. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración que indique que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos dicha declaración a la PHI que usted solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted designe, acerca de la enmienda, y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones**: tiene derecho a recibir una lista de los casos en que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI dentro del período de los últimos 6 años. Esto no incluye la divulgación para fines de operaciones de atención médica, pagos o tratamientos, ni la divulgación que usted autorizó y otras actividades específicas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle

una tasa razonable basada en el costo ocasionado por responder a estas solicitudes adicionales. Le daremos más información sobre nuestras tasas en el momento en que realice su solicitud.

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

  También puede presentar una queja en la Oficina para los Derechos Civiles de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; para ello, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 1-800-368-1019 (TTY: 1-866-788-4989) o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

  NO REALIZAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN SU CONTRA POR PRESENTAR UNA QUEJA.

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

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, comuníquese con nosotros por escrito o por teléfono mediante la información de contacto detallada debajo.

Superior HealthPlan
A/A: Privacy Official
5900 E. Ben White Blvd., Building D
Austin, TX 78741
Número de teléfono gratuito: 1-877-398-9461
Relay Texas (TTY): 1-800-735-2989

Aviso de Privacidad de la HHSC: https://www.hhs.texas.gov/es/aviso-de-practicas-de-privacidad-de-las-dependencias-de-salud-servicios-humanos

Verificación electrónica de visitas

TEXAS Health and Human Services

Verificación Electrónica de Visita (EVV)
Responsabilidades e información adicional
(Organización de atención médica administrada)

Formulario 1718-S
Abril de 2023

La Verificación Electrónica de Visitas (EVV) es un sistema informático que se usa para documentar y verificar electrónicamente que se hayan prestado los servicios de ciertas visitas de servicio de Medicaid.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas requiere que los proveedores de servicios o empleados de servicios administrados por el cliente (CDS) que presten alguno de estos servicios empleen la EVV para registrar las horas de inicio y finalización del servicio.

El proveedor de servicios o empleado de CDS emplea alguno de los siguientes tres métodos para registrar las horas de entrada y de salida:

- El teléfono inteligente o la tableta personal del proveedor de servicios o del empleado de CDS.
- El teléfono fijo de su casa solo si usted lo autoriza.
- Un dispositivo alterno para la EVV, es decir, un pequeño dispositivo electrónico que se coloca y permanece en su casa en una ubicación previamente acordada.

El proveedor de servicios no está autorizado a utilizar el teléfono inteligente o tableta personal de usted.

El empleado de CDS puede utilizar el teléfono inteligente o la tableta del empleador de CDS, si este ha autorizado al empleado a utilizar su teléfono inteligente o tableta.

Sección I: Sus responsabilidades

Usted tiene las siguientes responsabilidades en lo que respecta al uso de la EVV:

- Debe permitir que su proveedor de servicios o empleado de CDS registre sus horas de entrada y de salida en el sistema EVV utilizando uno de los métodos indicados anteriormente.
- Nunca registre la hora de entrada o salida de su proveedor de servicios o empleado de CDS en el sistema EVV.
  - Informe inmediatamente a su agencia proveedora o al empleador de CDS si su proveedor de servicios o empleado de CDS le pide que registre su hora de entrada o de salida del sistema EVV para el proveedor de servicios o el empleado.
- Si su proveedor de servicios o empleado de CDS está utilizando un dispositivo alternativo de EVV para registrar su hora de entrada y de salida:
  - Informe inmediatamente a su agencia proveedora o al empleador de CDS si el dispositivo alternativo de EVV se daña o es sacado de su casa, o si alguien lo ha alterado; y
  - Devuelva el dispositivo alternativo a su agencia proveedora o al empleador de CDS cuando deje de recibir los servicios de Medicaid que requieren EVV.

Si no cumple con estas responsabilidades, su caso podría ser referido a una investigación por fraude a la Oficina del Inspector General de la HHSC.

Consulte la sección 7000 "Métodos de registrar las horas de inicio y finalización" del manual de las políticas de EVV para obtener más información.

Sección II: Información adicional

- Sus datos personales dentro del sistema EVV son privados y confidenciales y solamente pueden ser divulgados siguiendo las leyes, reglamentos y regulaciones federales y estatales.
- Su proveedor de servicios o empleado de CDS puede utilizar el teléfono fijo de su casa para registrar sus horas de entrada y de salida en el sistema EVV sólo si usted lo aprueba.
- Si tiene alguna inquietud relacionada con el uso de la EVV, puede solicitar una reunión interdisciplinaria o con el coordinador de servicios de su organización de atención médica administrada (MCO) para hablar del tema.

Verificación electrónica de visitas

Si tiene una queja relacionada con la EVV, puede presentarla a la Oficina del Ombudsman de HHS por cualquiera de estos medios:

- por teléfono, al 877-787-8999;
- por fax al 888-780-8099; o bien,
- por correo, a esta dirección:

HHS Office of the Ombudsman
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Para más información, visite el sitio web sobre EVV de la HHSC (en inglés).

Verificación electrónica de visitas

Sección III. Preguntas frecuentes

¿Tengo que tomar parte en el uso de la EVV?

Sí, siempre que reciba el tipo de servicios que requieran de este sistema. Usted debe permitir que su proveedor de servicios registre la hora de su entrada y salida cuando comience y termine la sesión utilizando uno de los métodos autorizados. El uso de la EVV es necesario para ciertos servicios en el hogar y en la comunidad, como los de ayudante personal, supervisión protectora, cuidado personal, respiro en el hogar, apoyo familiar flexible y los de Community First Choice.

¿Cómo registran sus horas de entrada y de salida los proveedores de servicios y los empleados de CDS?

Los proveedores de servicios y los empleados de CDS deben usar una de las siguientes opciones autorizadas para registrar su hora de entrada y de salida en el sistema EVV:

- El método móvil de EVV.
- El teléfono de la casa de usted (pero solo si usted da su permiso).
- Un aparato alternativo de EVV.

No se le permite a usted, por ningún motivo, registrar en el sistema de EVV las horas de entrada y de salida de su proveedor de servicios o el empleado de CDS, en lugar de que lo haga el mismo ayudante. Si usted registra las horas de entrada y de salida, en lugar de que lo hagan su proveedor de servicios o el empleado de CDS, su caso podría ser referido a una investigación por fraude a la Oficina del Inspector General, lo cual podría afectar su capacidad de recibir servicios.

¿Qué pasa si no tengo un teléfono fijo en casa, o si no quiero que mi proveedor de servicios o el empleado de CDS use el que tengo?

Si no tiene un teléfono fijo en casa o si no quiere que su proveedor de servicios o el empleado de CDS lo use, comuníqueselo en cuanto sea posible.

Aparte del teléfono fijo de su casa, su proveedor de servicios o el empleado de CDS tiene estas otras dos opciones disponibles para registrar sus horas de entrada y la salida.

Opción 1

Su proveedor de servicios o el empleado de CDS puede usar su aparato móvil para registrar sus horas de entrada y la salida en el sistema EVV.

Opción 2

El proveedor del programa, la agencia de servicios de administración financiera (FMSA) o el empleador de CDS pueden pedir un dispositivo alternativo de EVV para su proveedor de servicios o el empleado de CDS. Este dispositivo debe:

- Ser colocado o fijado en su casa por el proveedor del programa o el empleado de CDS.
- Estar en un lugar accesible para su proveedor de servicios o el empleado de CDS.
- Permanecer siempre en su casa.

¿Puedo recibir servicios en la comunidad con el uso de la EVV?

Yes. El sistema EVV no afecta el lugar en el que usted recibe los servicios. Puede obtener servicios según su plan de servicios y las reglas del programa existente, en su casa y en la comunidad.

¿Con quién me debo comunicar si tengo preguntas o inquietudes?

Comuníquese con el representante de su agencia proveedora o con el coordinador de servicios de su MCO si tiene alguna pregunta o inquietud.

Para más información, visite el sitio web sobre EVV de la HHSC (en inglés).

Verificación electrónica de visitas

Formulario 1718-S
Página 4 / 04-2023

Sección IV: Acuse de recibo

Certifico que:

- ☐ He leído y entendido mis derechos y responsabilidades respecto a la EVV.
- ☐ Recibí una explicación verbal de este formulario y una copia del mismo.

El no cumplir con sus responsabilidades puede dar lugar a que se refiera su caso a investigación por fraude en Medicaid o a que sus servicios sean denegados, suspendidos o cancelados.

Firma del miembro o de su representante legalmente autorizado	Fecha
Firma del miembro de la familia o del cuidador (opcional)	Fecha
Firma del coordinador de servicios de la MCO	Fecha

Abuso, maltrato, descuido y explotación

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluso estar libre de abuso, maltrato, descuido y explotación.

¿Qué es abuso, maltrato, descuido y explotación?

El abuso o maltrato es daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir estos daños.

El descuido causa hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc. El descuido también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La explotación es el mal uso de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye cobrar cheques de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar propiedad y otros recursos.

Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación

La ley requiere que usted informe sobre sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluso el uso no aprobado de restricciones o aislamiento cometido por un proveedor.

Llame al 9-1-1 para situaciones de emergencia o que ponen en peligro la vida.

Informe por teléfono (si no es una emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, gratis.

Informe al Health and Human Services Commission (HHSC) llamando al 1-800-458-9858 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuidado o explotación vive en o recibe servicios de alguno de los siguientes:

- Un centro para convalecientes;
- Un centro de asistencia con la vida diaria;
- Un centro de cuidado de adultos durante el día;
- Un proveedor de cuidado temporal de adultos con licencia; o
- Una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o una agencia de servicios de salud en casa.

Las sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación cometidos por una HCSSA también se tienen que reportar al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS).

Informe al DFPS sobre cualquier otra sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación llamando al1-800-458-9858.

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a https://txabusehotline.org. Este es un sitio web seguro. Usted tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos por una contraseña.

Información útil al presentar un informe

Al informar sobre el abuso, maltrato, descuido o la explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y los teléfonos de cada persona involucrada.

Fraude, despilfarro y abuso

¿Quiere denunciar el fraude, despilfarro y abuso?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir fraude, despilfarro o abuso lo cual va contra la ley.

Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimineto médico para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de Medicaid.
- Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar fraude, despilfarro y abuso, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184
- Visite https://oig.hhs.gov/fraud y haga clic en el botón "Report Fraud" (Denunciar fraude) para rellenar el formulario por Internet.
- Denúncielo directamente al plan de salud:

  Superior HealthPlan
  Attn: Compliance Department
  5900 E. Ben White Blvd., Building D
  Austin, TX 78741
  1-866-685-8664

Para denunciar el malgasto, fraude, despilfarro y abuso reúna toda la información posible.

Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor.
- El nombre y dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.).
- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe.
- El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
- El nombres y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación.
- Las fechas de los sucesos.
- Un resumen de lo ocurrido.

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona.
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe.
- La ciudad dónde vive la persona.
- Los detalles específicos sobre el fraude, despilfarro o abuso.

Glosario de términos

- **Apelación**. Una petición de la organización de atención médica administrada para volver a revisar una denegación o querella.
- **Queja**. Una querella que usted comunica a su seguro o plan médico.
- **Copago**. Una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.
- **Equipo médico duradero (DME)**. El equipo ordenado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un periodo extendido. La cobertura de DME puede incluir los siguientes artículos, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.
- **Problema médico de emergencia**. Una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.
- **Transporte médico de emergencia**. Servicios de una ambulancia por tierra o aire para atender una afección médica de emergencia.
- **Atención en la sala de emergencias**. Los servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.
- **Servicios de emergencia**. La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.
- **Servicios excluidos**. Los servicios de salud que su seguro o plan médico no paga o cubre.
- **Presencial**. Interacciones que tienen lugar en persona o a través de métodos de comunicación audiovisuales que cumplen los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos. Los contactos en presenciales no incluyen la comunicación sólo por audio.
- **Querella**. Una queja hecha a su seguro o plan médico.
- **Servicios y aparatos de habilitación**. Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.
- **Seguro médico**. Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.
- **Atención médica a domicilio**. Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.
- **Servicios para pacientes terminales**. Los servicios que proporcionan comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.
- **Hospitalización**. La atención que se da en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y por lo general requiere pasar allí la noche.
- **Atención a pacientes ambulatorios**. La atención que se da en un hospital que normalmente no requiere pasar allí la noche.
- **En persona**. Una interacción en presencia física de otra persona. No incluye la comunicación audiovisual o sólo de audio.
- **Médicamente necesario**. Los servicios o artículos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.
- **Red**. Los centros, proveedores y abastecedores a los que su seguro o plan médico ha subcontratado para que ofrezcan servicios de atención médica.
- **Proveedor no participante**. Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.

Glosario de términos

- **Proveedor participante**. Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.
- **Servicios de un médico**. Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.
- **Plan**. Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.
- **Autorización previa**. La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es médicamente necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés prior authorization, prior approval o pre-certification, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.
- **Prima**. La cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico.
- **Cobertura de medicamentos recetados**. Un seguro o plan médico que ayuda a cubrir los costos de fármacos y medicamentos recetados.
- **Medicamentos recetados**. Fármacos o medicamentos que, por ley, requieren de receta médica.
- **Médico de atención primaria**. Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) que ofrece o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica a un paciente.
- **Proveedor de atención primaria**. Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), enfermero especializado en atención primaria, enfermero clínico especializado o médico asistente, como lo permite la ley estatal, que ofrece, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.
- **Proveedor**. Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), profesional de la salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.
- **Servicios y aparatos de rehabilitación**. Servicios de atención a la salud como terapia física u ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que se han perdido o dañado porque la persona está enferma, lesionada o discapacitada.
- **Servicios de enfermería especializada**. Servicios a cargo de enfermeros titulados a domicilio o en un centro de reposo.
- **Especialista**. Un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.
- **Atención urgente**. La atención dada a una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para acudir a la sala de emergencias.

Notas

5900 E. Ben White Blvd., Building D
Austin, TX 78741

www-es.SuperiorHealthPlan.com