

STAR+PLUS

Actualizaciones del Manual para miembros que entrarán en vigencia a partir del 1.º de mayo de 2022

Las siguientes actualizaciones reemplazan la información incluida en su Manual para miembros.

NUEVO: Línea de escalamiento del MDCP/DBMD

ACTUALIZACIÓN: Apelaciones

NUEVO: Revisiones médicas externas

ACTUALIZACIÓN: Audiencias imparciales estatales

ACTUALIZACIÓN: Derechos y responsabilidades de los miembros

Línea de escalamiento del MDCP/DBMD

La siguiente información es nueva y no aparece en el Manual para miembros.

¿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 Medicamente Dependientes (MDCP) o del Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD).

La línea de escalamiento le ayuda a resolver problemas relacionados con el programa de atención médica administrada STAR Kids. 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 HHS?

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.

Apelaciones

La siguiente información sobre apelaciones reemplaza las páginas 53-54 de su Manual para miembros.

¿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.
- Proporciona una aprobación parcial de una solicitud para 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.

¿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.

¿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 redundará 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:

- 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 HHS.

¿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. 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.
Austin, Texas 78741
Fax: 1-866-918-2266

Si usted puede recibir beneficios tanto de Medicare como Medicaid y necesita solicitar una apelación de emergencia sobre servicios de cuidados agudos de Medicare, siga el proceso de revisión de emergencia de su programa/plan 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

La siguiente información es nueva y no aparece en el Manual para miembros.

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 mediante una carta por escrito dirigida a Superior en la que indique 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 envía 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 corridos desde la fecha en que recibe el aviso de la decisión de Superior sobre su apelación, tendrá derecho a seguir recibiendo todos los servicios 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 recibe el aviso de Superior sobre su decisión de la 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 para la revisión médica externa antes de que se asigne una Organización de Revisión Independiente o mientras que la Organización de Revisión Independiente realiza la revisión médica externa de su 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 una audiencia imparcial estatal. Si avanza con la audiencia

imparcial estatal, también puede solicitar que la Organización de Revisión Independiente esté presente en dicha audiencia. Para presentar ambas solicitudes, puede llamar a Superior al 1-877-398-9461 o escribirle al equipo de admisión del HHS a EMR_Intake_Team@hpsc.state.tx.us.

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 por la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Para poder acceder a una revisión médica externa de emergencia y a una audiencia imparcial estatal de emergencia a través del HHS, primero debe completar el proceso de apelación interna de Superior. 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 o madre o su 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.

Audiencias imparciales estatales

La siguiente información sobre audiencias imparciales estatales reemplaza las páginas 55 de su Manual para miembros.

¿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 Salud y Servicios Humanos (HHS) de Texas, 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.

Usted tiene derecho a seguir recibiendo todos los servicios 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 HHS.

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.
Austin, TX 78741
1-877-398-9461

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal sin 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 HHS 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 HHS 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 HHS, 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

El siguiente derecho del miembro se ha actualizado y reemplaza la información incluida en la página 56 de su Manual para miembros.

5. 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. Esto 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 Medicamente 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.

El siguiente derecho del miembro se ha actualizado y reemplaza la información incluida en la página 58 de su Manual para miembros.

Como miembro de Superior HealthPlan, cada año puede solicitar y obtener la siguiente información:

- Información sobre los procedimientos de queja, apelación interna del plan médico, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal.