superior healthplan™

STAR

Manual para Miembros

www-es.SuperiorHealthPlan.com

SHP_202613336 08_2026

TEXAS STAR Su Plan de Salud ★ Su Opción | TEXAS Health and Human Services

Números importantes

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-783-5386. 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 se excluyen los días festivos aprobados por el estado. Puede contactarse con un enfermero las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-800-783-5386. Él puede responder sus preguntas relacionadas con la salud. Puede llamar después de las de horas de oficina y los fines de semana. 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	1-800-783-5386
Línea de ayuda del program STAR de Texas	1-800-964-2777
Equipo de asistencia de atención médica administrada del Ombudsman	1-866-566-8989
Línea de asesoramiento de enfermería, disponible las 24 horas	1-800-783-5386
Relay Texas/Línea TTY	1-800-735-2989
Línea de ayuda de farmacias	1-800-783-5386
Teladoc (servicios de telesalud)	1-800-835-2362
Norman MD (Servicios de telesalud)	512-421-5678
Programa de Transporte Médico de Superior proporcionado por SafeRide Health	1-855-932-2318
Cuidado de la vista (Centene Vision Services)	1-866-897-4785
Cuidado dental	1-800-516-0165 (DentaQuest) 1-855-691-6262 (MCNA Dental) 1-800-822-5353 (United Dental)
Salud del comportamiento	1-800-783-5386
Línea de crisis del abuso de alcohol o drogas	1-800-783-5386
Defensor de miembros	1-800-783-5386

Salud de Comportamiento

Puede obtener ayuda de inmediato para problemas de salud del comportamiento o trastorno por consumo de sustancias llamando al 1-800-783-5386. Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Lo ayudaremos a que encuentre el mejor proveedor para usted o para su hijo. Llame al 911 si usted o su hijo tiene alguna emergencia relacionada con la salud del comportamiento que ponga en riesgo su vida. También puede ir al 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 1-800-735-2989 para obtener ayuda. También puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear al 988. 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 1-800-783-5386 y comuníquenos qué atención de emergencia ha recibido. Superior define como emergencia una condición en la que el afiliado cree que tiene una afección médica grave, o cuya falta de atención médica inmediata supondría una amenaza para su vida o la de su hijo, o para alguna de las extremidades o la vista de alguno de ellos.

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 servicios para concurrir a citas de atención médica sin carácter de emergencia a 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.

Consulte la página 18 para obtener más información.

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**	**O**	**Llame al número en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.** **Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989** **Fax: 1-866-683-5369**

Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, 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://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 para miembros de Superior y aplicación móvil 2
Su tarjeta de indentificación de miembro de Superior 3
Medicaid
Tarjeta de beneficios "Your Texas Benefits" 4
Medicaid y el seguro médico privado 5
Qué tengo que hacer si me mudo 6
Qué debe hacer si es miembro del AAPCA y necesita cambiar su dirección 6
Cómo renovar su cobertura Medicaid 6
Pérdida de cobertura de Medicaid 6
Programa Lock-in de Medicaid 6
Recibir atención médica – Proveedores de cuidado primario
Su Proveedor de Proveedor de cuidado primario 7
Cambiar su Proveedor de cuidado primario 7
Cambios de Proveedor de cuidado primario solicitados/hechos por el médico 8
Plan de incentivos médicos 8
Referidos a médicos especializados
Referidos a médicos especializados 9
Servicios que no necesitan un referido 9
Obtener permiso para recibir servicios médicos especializados 9
Solicitar una segunda opinión 9
Proceso para ser admitido al hospital 10
Recibir atención médica – sólo para mujeres
Proceso para recibir atención de un ginecoobstetra para usted o su hijo 11
Escoger un ginecoobstetra 11
Recibir atención médica – Miembros embarazadas y madres nuevas
¿Qué debe hacer si está embarazada? 12
Otros servicos o actividades educativas para la mujer embarazada 12
Cambiar el médico de su bebé 12
Inscribir a su bebé en un plan de salud 12
Cambiar su plan de salud de su bebé 12
Cómo obtener atención médica después del parto 13
Recursos para la salud mental materna 13
Recibir atención médica – programas especiales de salud
Programa de Salud para la Mujer de Texas 14
Programas de planificación familiar y atención médica de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) 14
Recibir atención médica – las citas
¿Cómo hacer una cita? 16
¿Qué debe llevar cuando vaya a su cita médica? 16
Recibir atención médica cuando esté cerrado el consultorio médico 16
Recibir atención médica fuera de la ciudad o cuando viaja 16
Cambiar su plan de salud
Cambiar su plan de salud 17

Tabla de contenidos

Cuando le piden que se salga de Superior HealthPlan 17

Hacer más fácil la atención médica

Servicios de traducción 18

Programa de Transporte Médico de Superior (servicios de transporte médico para casos de no emergencia) 18

Presentar una queja sobre los servicios de transporte 19

Servicios de telesalud 19

Historia clínica digital 20

¿Qué significa atención médica?

Atención médica de rutina 21

Atención médica de urgencia 21

Atención médica de emergencia 21

Atención médica de posestabilización 22

Diagrama de flujo de la atención de urgencia/sala de emergencias 23

Necesidad médica 25

Beneficios y servicios

Sus beneficios 27

Límites a los servicios 28

Servicios que no se cubren 28

La Intervención temprana para niños (ECI, por sus siglas en inglés) 28

Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW, por sus siglas en inglés) 29

Equipo médico duradero (DME) 30

Servicios de análisis del comportamiento aplicado (ABA) 30

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

Proceso para ayudar con problemas de salud del comportamiento y drogas 30

¿Cómo saber si necesita ayuda? 31

¿Qué hacer en una emergencia de salud del comportamiento? 31

¿Qué debe hacer si usted o su hijjo ya esta bajo tratamiento? 31

Modelo de atención colaborativa 31

Cuidado de la vista

Proceso para obtener cuidado de la vista para usted 32

Cuidado dental

Proceso para cuidado dental 32

Cuidado dental de emergencia 33

Servicios Especiales

Los servicios y entornos alternativos (ILOS) 34

Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos 35

Cómo obtener Programa de Hospitalización Parcial y los servicios ambulatorios intensivos 35

Cómo presentar una apelación para los servicios de hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos 35

Qué debe hacer si eres un trabajador agrícola itinerante 35

Miembros con necesidades especiales de atención de la salud (MSHCN) 35

Coordinación de servicios 36

Programas del tratamiento de la enfermedad 36

Programa de asma 36

Tabla de contenidos

Programa para trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 37
Programas para la esquizofrenia y el trastorno bipolar 37
Programa para la depression....37
Programa de diabetes 37
Programa de administración de las discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) 38
Programa de tratamiento por consumo de sustancias durante el embarazo....38
Programa para trastornos por consumo de sustancias 38

Servicios de planificación familiar

Obtener servicios de planificación familiar 39
Encontrar un proveedor de planificación familiar 39

Pasos Sanos de Texas

Acerca de Pasos Sanos de Texas 40
¿Cuándo debe obtener cuidados de Pasos Sanos de Texas para su hijo? 40
Hacer una cita de Pasos Sanos de Texas 41
Cancelar una cita de Pasos Sanos de Texas 41
Cuidados de Pasos Sanos de Texas cuando está fuera de la ciudad 42
Obtener cuidados de Pasos Sanos de Texas si me he mudado 42
Cuidados de Pasos Sanos de Texas para trabajadores de campo 42

Farmacia

Obtener recetas 43
¿Qué debe hacer si tiene problemas para obtener recetas? 43

Beneficios de bonos y servicios

Otros beneficios para miembros de Superior 45
Ayuda para comprender sus beneficios 47

Educación de la salud

Clases educación de la salud de Superior.... 49
Programa Head Start.... 49

Directivas anticipadas

¿Qué hacer si está muy enfermo para tomar una decisión médica? 51

Facturación

¿Qué debe hacer si recibe una factura de su médico? 52

Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios

Presentar una queja 53
Obtener ayuda para presentar una queja 53
Servicios negados o limitados 54
Solicitar una apelación interna del plan médico 54
Los plazos del proceso de apelación interna del plan médico 54
Continuacion de los servicios autorizados actuales 54
Apelaciones emergencias....55
Obtener ayuda para presentar una apelacion....56
Apelaciones externas 56
Revisión médica externa....56
Audiencias imparciales estatales....57

Tabla de contenidos

Derechos y responsabilidades
Derechos del miembro 59
Responsabilidades del miembro 60
Información disponible para el miembro 61
Confidencialidad 62
Aviso sobre privacidad del miembro 63
Fraude, despilfarro y abuso
Reportar fraude, despilfarro y abuso por parte de la persona que recibe atención Medicaid 69
Denunciar fraude, despilfarro y abuso por parte del proveedor 69
Glosario de términos 70

Preguntas sobre el manual para miembros

Si tiene preguntas o dudas sobre cualquier cosa que aparezca en su manual para miembros, llame a Servicios para miembros al 1-800-783-5386.

Introducción

¿Quiénes somos?

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

Usted o su hijo recibirán su atención médica de doctores, hospitales o clínicas de la red de proveedores de Superior. Usted o su hijo pueden recibir exámenes regulares, visitas por enfermedad, atención preventiva y atención especializada de un proveedor del programa STAR de Superior cuando lo necesiten. Superior tiene disponibles a proveedores cuando su doctor o su Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) le envían a un hospital, a un laboratorio, o a un 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 miembro de Superior así como la identificación de Medicaid para que ellos sepan que usted está cubierto por el programa STAR de 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 indicarle cómo usar nuestros servicios y contestaremos sus preguntas. Puede recibir 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 1-800-783-5386.

Recuerde:

- Lleve su identificacion de Medicaid, así como su identificación de Superior en todo momento. Puede acceder a su tarjeta de identificación en cualquier momento en la aplicación móvil de Superior. Siga los pasos para descargar la aplicación en la página 2.
- Llame primero a su doctor si tiene un problema médico que no sea de peligro de muerte, o llame a Línea de asesoramiento de enfermería de Superior, disponible las 24 horas, al 1-800-783-5386.
- Si no se puede comunicar con su doctor, llame a Superior al 1-800-783-5386.
- Estamos aquí para atenderle las 24 horas al día, 7 días a la semana.

¡Gracias por elegir a Superior HealthPlan!

Introducción

Portal y aplicación móvil para miembros de Superior

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.

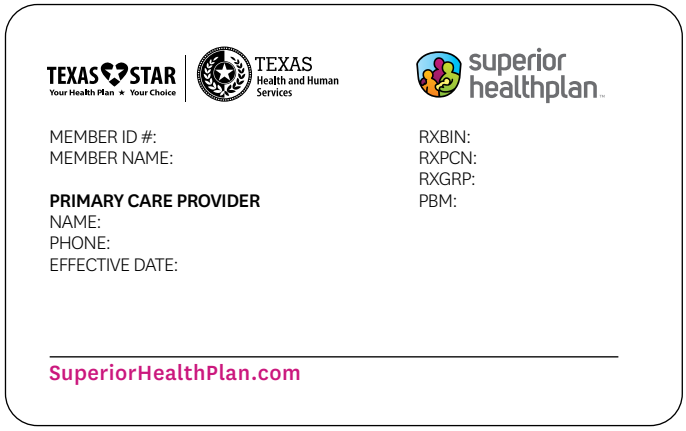
- Acceda a su tarjeta de identificación. Consulte una versión digital de su tarjeta de identificación de miembro de Superior en cualquier momento.
- Busque atención. Encuentre médicos y atención de urgencia cerca de usted, cambie su proveedor de atención primaria y más.
- Vea sus beneficios. Consulte 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 1-800-783-5386.

Introducción

Su tarjeta de identificación de miembro de Superior

Debería recibir su tarjeta de identificación de miembro 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 miembro de Superior. Si no recibe esta tarjeta, por favor llame a Superior al número 1-800-783-5386. 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.



Ejemplo de la tarjeta de identificación de STAR de Superior HealthPlan

Siempre lleve su tarjeta de identificación de miembro de Superior y ensénela cuando vaya al doctor, a la clínica o al hospital para recibir la atención que necesita. Necesitarán los datos de la tarjeta para saber que usted es miembro de Superior. No deje que nadie más use su tarjeta de identificación de miembro de Superior.

Su tarjeta de identificación de miembro 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, las 24 horas al día, 7 días a la semana
- Número de teléfono gratis de servicios de salud del comportamiento, las 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Indicaciones sobre qué hacer en caso de emergencia. Si pierde su tarjeta de identificación de Superior, cambia de nombre o necesita escoger un nuevo médico o PCP, llame a Superior al 1-800-783-5386. Recibirá una nueva tarjeta de identificación. También puede iniciar sesión en el Portal seguro para miembros o en nuestra aplicación móvil para miembros para acceder a su tarjeta de identificación, guardar una versión digital de su tarjeta de identificación o solicitar su tarjeta de identificación por correo. Consulte la página 2 para obtener más información.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) le enviará su tarjeta de identificación de Medicaid. Puede obtener más información más acerca de esta tarjeta de identificación en la página siguiente.

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 usted/su hijo 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/su hijo vaya a una cita médica, el consultorio puede usar la tarjeta para verificar que usted/su hijo es beneficiario de Medicaid.

Se emitirá solo una tarjeta por persona, y usted o su hijo/a recibirán una nueva únicamente por pérdida o robo. Si pierde usted/tu hijo 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.

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/su hijo 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/su hijo. Si no desea que sus doctores o los doctores de su hijo/a tengan acceso a información dental y médica mediante la red segura por Internet, llame al número gratuito 1-800-252-8263 o visite YourTexasBenefits.com para elegir la opción de no compartir información de salud sobre usted o su hijo/a.

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

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

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 olvida su tarjeta o la tarjeta de su hijo/a, el doctor, el dentista o la farmacia pueden llamar por teléfono o comunicarse por Internet para asegurarse de que usted o su hijo/a reciban los beneficios 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 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.

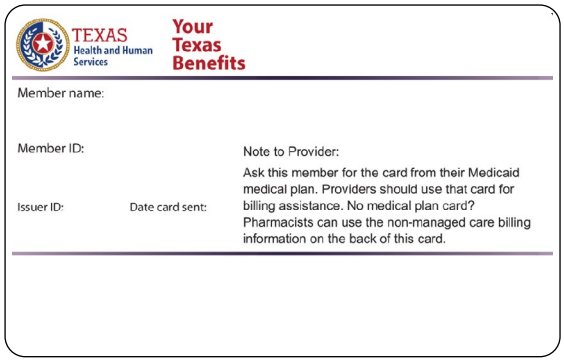
Para acceder al portal, visite YourTexasBenefits.com.

- 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.

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

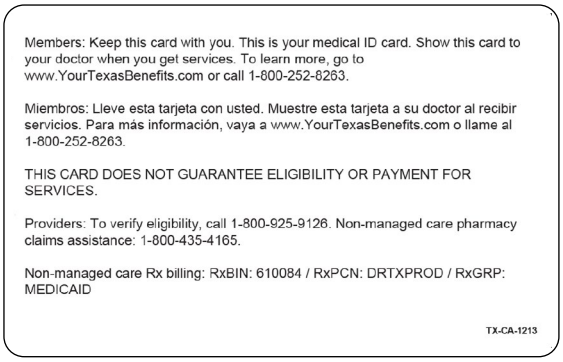

TEXAS Health and Human Services
Your Texas Benefits

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

Medicaid y el seguro privado

¿Qué sucede si tengo un seguro médico adicional además de Medicaid?

Usted tiene la obligación de informar a los empleados de Superior y Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que usted o su hijo tengan. Debe llamar a los Servicios para miembros de Superior al 1-800-783-5386 o a la línea de ayuda de Medicaid de recursos de terceros y actualizar el expediente de su caso de Medicaid en estas situaciones:

- Se cancela su seguro médico privado.
- Obtiene la cobertura de un seguro médico nuevo.
- Tiene preguntas generales sobre un seguro médico de terceros.

Puede llamar gratis a la línea de ayuda al 1-800-846-7307. Si usted o su hijo tienen un seguro médico adicional aún pueden calificar para Medicaid. Cuando informa a los empleados de Medicaid sobre otro seguro médico, ayuda a que Medicaid solo pague lo que no cubre el otro seguro médico.

Importante: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a brindarle servicios porque usted tenga un seguro médico privado y Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como un paciente de Medicaid, también deben comunicarse con su compañía de seguro médico 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 de la 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 1-800-783-5386 si tiene alguna pregunta sobre la renovación de sus beneficios de Medicaid.

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo nos mudamos?

Apenas tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al 2-1-1 y luego llame a Servicios para Miembros de Superior al 1-800-783-5386. 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.

Soy miembro del programa Adoption Assistance and Permanency Care (AAPCA, Asistencia para la Adopción y Ayuda para el Cuidado de Permanencia). ¿Qué pasa si debo cambiar mi dirección o número de teléfono?

El padre o madre adoptivo, o el encargado de los cuidados de ayuda para el cuidado de permanencia debe comunicarse con el especialista de elegibilidad encargado de su caso de la asistencia para la adopción regional de DFPS. Si el padre, la madre o el cuidador no sabe quién es el especialista de elegibilidad encargado, para averiguarlo puede comunicarse con la línea de ayuda del DFPS al 1-800-233-3405. El padre, la madre o el encargado de los cuidados debe comunicarse con el especialista de elegibilidad para asistencia con la adopción para ayudar con el cambio de dirección.

¿Qué sucede si mi hijo o yo pedemos la cobertura de Medicaid?

Si pierde la 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.

¿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.
- 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.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros de Superior al 1-800-783-5386.

Beneficios adicionales para las miembros embarazadas

¡Superior tiene más servicios para las miembros embarazadas! Vaya a la página 46 para averiguar lo que puede obtener para ayudarle a tener un bebé saludable.

Recibir atención médica – Proveedores de cuidado primario

¿Qué es un Proveedor de cuidado primario?

Cuando se registró en Superior, escogió un doctor de nuestra lista de proveedores para que sea el Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de su hijo o el suyo. Esta persona va a:

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

¿Puede ser mi proveedor de atención primaria un especialista?

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 al 1-800-783-5386 para pedir ayuda.

Si es mujer, puede escoger un obstetra (OB) o un ginecólogo (GYN) como su proveedor de atención primaria. Llame a Superior al 1-800-783-5386 para buscar un proveedor obstetra ginecólogo que también sea proveedor de atención primaria.

Si usted es una mujer, puede elegir un obstetra (OB) o un ginecólogo (GYN) como su PCP. 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 Centro de salud con calificación federal (FQHC) o clínica rural (RHC) para que sea su PCP. Si tiene alguna pregunta, llame a Superior al 1-800-783-5386.

¿Qué sucede si escojo ir a un doctor que no sea el PCP de mi hijo o el mío?

El PCP es el doctor suyo o de su hijo y está encargado de darle la atención médica que usted o su hijo necesitan. Ellos se ocupan de conservar su historia clínica, coordinar con los especialistas que participan en su atención, saben qué medicamentos está tomando usted o su hijo y son las personas más adecuadas para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Por eso es muy importante que se mantenga con el mismo doctor.

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

¿Cómo cambiar el PCP mío/de mi hijo?

Si no está satisfecho con su doctor, converse primero con ellos. Si aún sigue insatisfecho, llame a Superior al 1-800-783-5386. 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 o el de mi hijo?

No existe un límite para la cantidad de veces que puede cambiar de médico de atención primaria (PCP), tanto para usted como para su hijo/a. Puede cambiar de PCP desde la aplicación móvil de Superior o el Portal seguro para miembros, o llamándonos sin costo alguno al 1-800-783-5386 o escribiendo a:

Superior HealthPlan
Attn: Member Services
5900 E. Ben White Blvd., Building D
Austin, TX 78741

También puede solicitar cambios de proveedor de cuidados primarios (PCP) a través del portal web para miembros. Puede encontrar más información sobre cómo cambiar de PCP en el Portal seguro para miembros de Superior. Para obtener más información, visite Member.SuperiorHealthPlan.com.

¿Hay alguna razón por la que mi solicitud de cambio a otro proveedor de atención primaria (PCP) pueda ser negada?

Se puede negar su solicitud de cambio a otro proveedor de atención primaria en estos casos:

- Su doctor nuevo no aceptará más pacientes.
- Su doctor nuevo no es un PCP de Superior.
- Su doctor no está inscrito en Texas. Medicaid and Healthcare Partnership (TMHP).*

* La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio federal requiere que todos los proveedores se inscriban en programas estatales de Medicaid para poder prestar servicios a los beneficiarios de Medicaid.

¿El PCP de mi hijo o el mío pueden transferirnos a otro PCP por 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 1-800-783-5386. Le ayudaremos a encontrar un doctor nuevo.

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

Si el doctor suyo decide que ya no quiere participar en la red de proveedores de Superior, y ese doctor está tratando una enfermedad suya, Superior colaborará con el doctor para que le sigua atendiendo a usted hasta que sus expedientes médicos puedan ser transferidos a un doctor nuevo de la red de proveedores de Superior.

Si su doctor sale del área, llame a Superior al 1-800-783-5386 y ellos le ayudarán a escoger otro doctor que le quede cerca a usted. Recibirá una carta de Superior avisándole cuándo es 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 PCPs de Medicaid, médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de salud que están disponibles para usted. Puede encontrar esta lista en www-es.SuperiorHealthPlan.com. Hacer clic en "Encuentre a un proveedor". Si necesita ayuda, llame a Superior al 1-800-783-5386.

¿Qué es un plan de incentivos médicos?

Superior no puede hacer pagos en el marco de un plan de incentivos médicos si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios que se prestan a los miembros. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de cuidados primarios/el proveedor de cuidados primarios de su hijo (doctor principal) es parte de este plan de incentivos médicos. Usted también tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar a 1-800-783-5386 para saber más sobre esto.

Recibir atención especializada

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

Quizás su doctor quiera que usted o su hijo 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.

¿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
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios de la vista rutinarios
- Servicios dentales (para niños)
- Servicios de planificación familiar

¿Qué tan rápido podemos esperar mi hijo o yo que nos vea un especialista?

En algunos casos, el especialista le puede atender enseguida a usted o a su hijo. Según la necesidad médica, podría tomar hasta unas pocas semanas después de la cita para ver al especialista.

¿Necesita Superior aprobar los referidos de servicios médicos especializados?

Es posible que algunos referidos a especialistas deban ser aprobadas por Superior para tener la seguridad de que el especialista forma parte de la red de Superior y que la visita al especialista o el procedimiento dentro de la especialidad 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 le responderá con una decisión.

¿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 “Planes Medicaid y CHIP” y en “Recursos para miembros”. También puede llamar a Servicios para miembros al 1-800-783-5386.

¿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 doctor de cuidado primario debería poder darle el referido a la cita para que reciba una segunda opinión. Si su Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). quiere que usted visite a un especialista que no es proveedor de Superior, esa visita necesita ser aprobada por Superior.

Recibir atención especializada

¿Qué pasa si yo o mi hijo 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.

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 o de su hijo fijarán una fecha para que le den de alta del hospital. Le recomendamos que acuda a una cita de seguimiento con su médico en el plazo de una semana tras recibir el alta hospitalaria.

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. Eso se llama "apelación". Si esto sucede, Superior emitirá una decisión sobre la apelación dentro de un día hábil. Sus derechos de apelación también se describen en este manual en la sección sobre apelaciones.

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

Si usted o su hijo necesita ser admitido para recibir atención urgente o de emergencia, debería recibir atención enseguida y luego usted o su doctor deben llamar a Superior tan pronto como sea posible para notificarnos de la admisión.

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 1-800-783-5386. Nuestras enfermeras están disponibles para ayudarlo/a las 24 horas del día, los 7 días a la semana.

Le recomendamos que acuda a una cita de seguimiento con su médico en el plazo de una semana tras recibir el alta hospitalaria.

Recibir atención médica – sólo para mujeres

¿Qué hago si yo o mi hijo necesitamos atención de un ginecoobstetra?

Usted o su hijo pueden recibir servicios de ginecoobstetricia directamente de su doctor. También puede escoger un especialista que sea ginecoobstetra para que atienda a las necesidades de salud de la mujer suyas o de su hijo. Un obstetra ginecólogo puede ayudar con la atención de embarazos, los exámenes regulares anuales o si usted/su hijo tiene problemas de salud femenina. Usted no necesita un referido de su doctor para recibir estos servicios. El ginecoobstetra y el doctor suyo o de su hijo colaborarán para asegurar que reciban la mejor atención.

Los especialistas de la salud de la mujer son, entre otros, los siguientes:

- Obstetras
- Ginecólogos
- Enfermeras parteras acreditadas

¿Tengo el derecho de escoger a un ginecoobstetra como mi Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)? ¿Necesitaré un referido?

Superior cuenta con algunos proveedores ginecoobstetras que podrían ser su PCP. Si necesita ayuda para escoger a un ginecoobstetra, llame a Superior al 1-800-783-5386.

Atención mujeres miembro

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 examen ginecológico de rutina al año. Esto puede incluir exámenes mamarios, mamografías y 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?

Puede escoger un Proveedor ginecoobstetra del directorio de proveedores, o por Internet en el sitio www-es.SuperiorHealthPlan.com. Hacer clic en "Encuentre a un proveedor." Superior le permite escoger a un ginecoobstetra, pero este doctor tiene que estar en la misma red que su PCP. No necesita un referido para hacerlo. Si necesita escoger un ginecoobstetra, llame a Superior al 1-800-783-5386. El ginecoobstetra nuevo suyo o de su hijo le atenderá a partir de dos semanas de su solicitud. Una vez que haya escogido un ginecoobstetra para usted o su hijo, debería seguir yendo a ese mismo ginecoobstetra para que se familiaricen con las necesidades médicas suyas o de su hijo.

¿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 seguir mi hijo y yo con un ginecoobstetra fuera de Superior?

Si el ginecoobstetra suyo o de su hijo no pertenece a Superior, por favor llame al Servicios para miembros al 1-800-783-5386. Colaboraremos con su doctor para que pueda seguirle atendiendo, o con mucho gusto nosotros le ayudaremos a escoger un doctor nuevo de nuestro plan.

Recibir atención médica – Miembros embarazadas y madres nuevas

¿Qué pasa si me embarazo yo o mi hijo? ¿A quién debo llamar?

Si usted/su hijo está embarazada o podría estarlo, programe una cita con un médico. El médico confirmará si usted/su hijo está embarazada o no, y le indicará cómo cuidar del futuro bebé. Llame a Superior en 1-800-783-5386 para recibir ayuda para encontrar un Coordinador de servicios del embarazo si usted o su hijo necesita atención adicional. Superior cuenta con programas especiales para embarazadas adolescentes y embarazos difíciles.

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

Si usted o su hija está embarazada, el médico las debe atender dentro de dos (2) semanas de que solicite la cita.

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

Superior cuenta con un programa especial, llamado Start Smart for Your Baby®, para ayudarle con su embarazo. Este programa responde a sus preguntas sobre cómo tener un embarazo sano, el parto y los cuidados del recién nacido. Superior también organiza baby showers educativos virtuales para enseñarle más sobre su embarazo y su nuevo bebé. Para obtener más información, sírvase visitar SuperiorHealthPlan.com/EventosdeMiembros o llame a Servicios para miembros al 1-800-783-5386.

¿Puedo elegir el Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). de mi bebé antes de que nazca? ¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitarán?

Usted sí puede escoger el doctor de su bebé antes de que nazca el bebé. Superior le puede ayudar a escoger un doctor para su bebé. Simplemente llámenos al 1-800-783-5386.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar al PCP o el doctor de mi bebé?

Tan pronto como sepa Superior que está embarazada, le enviaremos información acerca de su embarazo y de su bebé por nacer. Superior le pedirá que escoja un doctor para su bebé, incluso antes del nacimiento de su bebé. Esto asegurará que el doctor de su bebé lo examine mientras esté en el hospital, y que luego atienda a las necesidades médicas de su bebé después que usted y su bebé son dados de alta del hospital.

Una vez que nazca su bebé, le informarán a Superior del nacimiento de su bebé. Anotamos los datos de su bebé en nuestro sistema. Si no ha seleccionado a un doctor para el bebé antes del nacimiento, le llamarán para que escoja un doctor para su bebé.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Para encontrar un centro de maternidad cercano a usted, llame a Servicios para miembros al 1-800-783-5386 o visite nuestra herramienta Find a Provider (Encuentre un proveedor) en www-es.SuperiorHealthPlan.com.

¿Qué hago para inscribir a mi bebé recién nacido?

Si usted es miembro de Superior cuando tiene a su bebé, a su bebé se le inscribe con Superior en su fecha de nacimiento. Superior recibe información del hospital y le incluye al bebé como miembro nuevo de Superior, y el hospital también notificará a Medicaid del nacimiento del bebé. Sigue siendo importante que usted se comunique con la oficina del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) para informarles también del nacimiento de su bebé. Además, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) visitando YourTexasBenefits.com o llamando al 2-1-1. Esto garantizará que la inscripción de su bebé en Medicaid se procese lo antes posible para que pueda recibir toda la atención médica que necesita.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Por lo menos durante 90 días después de su nacimiento, el bebé tendrá cobertura bajo el mismo plan de salud usted. Usted puede pedir un cambio de plan de salud antes de los 90 días llamando al agente de inscripción al 1-800-964-2777. No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé esté en el hospital.

Recibir atención médica – Miembros embarazadas y madres nuevas

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

Debería notificar a Superior tan pronto como sea posible acerca del nacimiento de su bebé. Posiblemente ya tendremos información acerca del nacimiento de su bebé, pero háganos saber por si acaso. Cuando llame, verificaremos la fecha de nacimiento y el nombre de su bebé.

Llame a su administrador de casos después de que nazca su bebé. No es necesario esperar hasta que tenga el número de seguro social de su bebé para inscribir a su bebé.

¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no esté cubierta por Medicaid)?

Después del nacimiento de su bebé, es posible que usted pierda su 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 1-800-783-5386, o visite nuestro sitio web, 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.

Se ofrece telesalud sin costo alguno

Podrá acceder fácilmente a un médico o terapeuta cuando desee consultar a uno sin necesidad de salir de casa. Evite la sala de emergencias (ER) y la atención de urgencia con el acceso las 24 horas a proveedores de la red para tratar problemas médicos que no son de emergencia. Obtenga más información sobre telesalud en la página 19.

Recibir atención médica – programas especiales de salud

Programa de Salud para la Mujer de Texas

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. Además de los servicios de planificación familiar, Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) creó el programa Healthy Texas Women Plus. Healthy Texas Women Plus es un paquete de servicios posparto limitado, rentable y mejorado para mujeres inscritas en el programa Healthy Texas Women. El programa Healthy Texas Women Plus está disponible para las mujeres que hayan estado embarazadas en los últimos 12 meses. Si bien todas las mujeres del programa Healthy Texas Women tienen acceso a exámenes de detección, diagnóstico y medicamentos para tratar la depresión posparto, aquellas con cobertura de Healthy Texas Women Plus también podrán recibir servicios ambulatorios de psicoterapia individual, familiar y grupal, así como servicios de especialistas pares.

Para más información acerca de los servicios disponibles por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas, escriba, llame o visite el sitio web:

Por correo: Healthy Texas Women
P.O. Box 149021
Austin, TX 78714-9021
Teléfono: 1-877-541-7905
Sitio web: healthytexaswomen.org
Fax: 1-877-466-2409

Programas de planificación familiar y atención médica de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)

Programas de planificación familiar y atención médica de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir la misma atención por medio de un seguro u otro programa. Para recibir servicios por medio de este programa, los ingresos de las personas no deben exceder los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Las personas aprobadas para recibir servicios tendrán que pagar un copago, pero a nadie se le niega los servicios por falta de dinero.

La Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de enfermedades y la detección e intervención tempranas de problemas de salud. Los servicios principales que se prestan son:

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

Los servicios secundarios que se podrían prestar son servicios de nutrición, pruebas de detección, atención médica en casa, servicios dentales, transporte a las citas médicas, medicamentos que ordena el doctor (medicamentos recetados), equipo médico duradero, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies (servicios de podología) y servicios sociales.

Usted podrá solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, Find a Doctor (Encuentre un médico) de Healthy Texas Women en healthytexaswomen.org/find-doctor.

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

Sitio web: hhs.texas.gov/es/servicios/salud/programa-de-atencion-medica-primaria
Teléfono: 1-512-776-5922
1-800-222-3986 (línea gratuita)
Correo electrónico: PrimaryHealthCare@hhsc.texas.gov

Recibir atención médica – programas especiales de salud

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

El Programa de servicios de cáncer de mama o cuello de útero brinda servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o hasta 64 años ingresos no exceden 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. Puede solicitar estos servicios en determinadas clínicas de su zona. Para encontrar un centro médico que brinde estos servicios, visite https://healthytexaswomen.org/find-doctor.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Programa de servicios de cáncer de mama o cuello de útero, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: https://healthytexaswomen.org/es/programas-de-atencion-la-salud/servicios-para-el-cancer-de-mama-y-de-cuello-uterino
Teléfono: 1-512-776-7796
Fax: 1-877-466-2409
Correo electrónico: BCCSProgram@hhsc.texas.gov

Programa de Planificación Familiar Healthy Texas Women

El Programa de Planificación Familiar tiene clínicas en todo el estado que ofrecen a hombres y mujeres planificación familiar de calidad, a bajo costo y fácil de usar.

Para encontrar un centro médico en su zona visite la página web https://healthytexaswomen.org/find-doctor.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Planificación Familiar, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

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

¡Reciba premios por darle prioridad a su salud!
Gane recompensas al completar actividades saludables. Obtenga más información en SuperiorHealthPlan.com/Recompensas.

Recibir atención médica – las citas

¿Qué hago para pedir una cita?

Puede llamar a la oficina del doctor para pedir una cita. Si necesita ayuda para pedir una cita o si necesita ayuda con el transporte, con servicios de traducción o con algún otro servicio, llame a Superior al 1-800-783-5386. El personal de Superior puede organizar una llamada a tres bandas entre usted, su representante autorizado o su representante legalmente autorizado (LAR) y el consultorio de un proveedor para programar una cita.

Por favor cumpla con su cita. Si no puede ir a su cita, notifique a la oficina tan pronto como sea posible. Así ellos tendrán tiempo de colocar a otro paciente en el puesto de su cita.

¿Qué debemos traer cuando yo o mi hijo visitamos al 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 lleve el historial de vacunas de su hijo si su hijo necesita ser vacunado.

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

Si la recibir 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 lo 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 a la línea de asesoramiento de enfermería de Superior, disponible las 24 horas. al 1-800-783-5386. Nuestras enfermeras están listas para atenderle las 24 horas al día, 7 días a la semana. También puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas de Superior al 1-800-783-5386 para obtener ayuda con la atención que necesita. Si el consultorio de su proveedor de cuidados primarios (PCP) está cerrado, también puede llamar a Teladoc por 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. Si piensa que tiene una emergencia verdadera, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué hago si me encuentro fuera de la ciudad o de viaje y me enfermo yo o mi hijo?

Si usted o su hijo necesitan atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al 1-800-783-5386 y le ayudaremos a encontrar un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya al hospital cercano, luego llámenos gratis al 1-800-783-5386.

¿Qué pasa si mi hijo o yo salimos del estado?

Si usted o su hijo tienen una emergencia fuera de Texas, vaya a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Si usted o su hijo no tienen una emergencia, pero se enferman y necesitan atención médica mientras están fuera del estado, llame al doctor o la clínica de Superior. Su doctor puede decirle lo que tiene que hacer si no se sienten bien e indicarle cómo acceder a atención médica. Si reciben servicios de atención médica fuera del estado, el proveedor debe estar inscrito en Medicaid de Texas para que se le pague. Muestre su tarjeta de identificación de Texas Medicaid y su tarjeta de identificación de Superior antes de que se los atienda. Pídale al doctor o al hospital que llamen a Superior. El número de teléfono correspondiente aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de Superior.

¿Qué hago si estamos fuera de país yo o mi hijo?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

Recibir atención médica – Cambiar su plan de salud

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

Puede cambiar su plan médico llamando a la línea de ayuda del programa Texas STAR al 1-800-964-2777. Puede cambiar de plan médico tan a menudo como quiera.

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

Puede cambiar su plan médico llamando a la línea de ayuda del programa Texas STAR al 1-800-964-2777. Puede cambiar de plan médico tan a menudo como quiera.

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.

¿Superior HealthPlan puede pedirme que deje el plan?

Sí. Superior podría pedir que le saquen a un miembro del plan cuando hay “buena causa”. Ejemplos de “causa justificada”:

- 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 un integrante del 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 1-800-783-5386. Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) decidirá si se le puede pedir a un Miembro que salga del programa.

Para ayudar a que se recupere y permanezca sana, visite nuestra página web de formularios y enlaces útiles: https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/helpful-links.html.

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

¿Puedo tener un traductor cuando hablo con el doctor o Proveedor mío o de mi hijo? ¿A quién llamo para tener un traductor?

Superior cuenta con personal que habla Inglés y Español. Si habla otro idioma o es sordo/tiene problemas auditivos y necesita ayuda, llame a los Servicios para miembros, al 1-800-783-5386 (TTY 1-800-735-2989).

También puede llamar a Servicios para miembros al 1-800-783-5386 en caso que necesite que alguien le acompañe a la cita con su doctor para ayudarle con el idioma. Superior colabora estrechamente con compañías que tienen mucha gente que habla otros idiomas y también pueden ayudar a comunicar por 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 le acompañen a su cita. 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 servicios para concurrir a citas de atención médica sin carácter de emergencia a aquellos miembros que no dispongan de otras opciones de traslado. Estos viajes incluyen traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares donde reciba servicios de Medicaid. Superior debe brindar la opción de transporte más rentable que satisfaga las necesidades personales del 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 pedido, 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 puerta a puerta, donde se lo pasa a buscar y se lo lleva hasta el lugar indicado (casa o 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 $25 por día para el miembro y $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 gastos adicionales utilizados durante la estadía, como llamadas telefónicas, servicio de habitación o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos antes de un viaje para cubrir servicios de NEMT (traslado/transporte) autorizados.

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

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

Los niños de 14 años y menos deben ir acompañados por el padre o la madre, un tutor u otro adulto autorizado. Los adolescentes de 15 a 17 años deben estar acompañados por el padre o 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 parental si el servicio de atención médica es confidencial.

Monitoreo de viajes y uso responsable

El objetivo de Superior es 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 (traslados) con la mayor antelación posible, y como mínimo dos días laborables (hábiles) antes de la fecha en que necesite el traslado. En determinados casos, puede solicitar el servicio de NEMT (traslado) 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. hora estándar central (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.-8:00 p.m. CT

¿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 Health al 1-855-932-2318. Llame con 24 horas de antelación para modificar o cancelar su viaje.

¿Cómo puedo saber dónde está mi transporte?

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

¿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.

Servicios de telesalud

¿Qué son los servicios de telesalud?

Los servicios de telesalud son consultas médicas virtuales con un médico o terapeuta a través de una aplicación móvil, un vídeo por Internet o por 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 sean de 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 consulta de telesalud con un proveedor de la red de Superior no requiere autorización previa.

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 teléfono al 1-800-835-2362 (TTY: 711).
3. Para los miembros del centro de Texas (condados de Bastrop, Caldwell, Hays, Travis y Williamson), hay ayuda disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede iniciar sesión y activar su cuenta de NormanMD visitando http://normanmd.com.

*Actualmente, los servicios de telesalud de salud del comportamiento se ofrecen solo a través de Teladoc. En este momento, los servicios de salud del comportamiento a través de Teladoc están disponibles únicamente para los miembros de Superior de 18 años o más.

Historia clínica digital

¿Qué opciones tengo para gestionar mi historia clínica digital?

En 2021, una nueva norma federal facilitó 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.

*A partir de 2022, la parte de esta norma relativa al intercambio de datos entre pagadores permitirá a los antiguos y actuales miembros de un plan solicitar el traslado de su historia clínica 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-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/interoperability-and-patient-access.html.

¿Qué significa atención médica?

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

Si su o su hijo necesita un chequeo físico, esto significa que la visita es de rutina. Su doctor debería atenderle dentro de dos (2) semanas (más pronto si puede). Si necesita ver a un médico especialista, entonces el médico debe verlo a usted dentro de tres (3) semanes. Los niños deben controlarse según el cronograma de chequeos regulares del programa Pasos Sanos de Tejas.

Vea la sección de fechas de Pasos Sanos de Texas. A Superior le dará mucho gusto ayudarle a conseguir una cita, simplemente llámenos al 1-800-783-5386.

Para obtener atención de rutina, debe ver a un proveedor de Superior. Si necesita ayuda para escoger un proveedor de Superior o programar una cita, siempre puede llamar a Superior al 1-800-783-5386.

Recuerde: Es mejor visitar al doctor antes de que se enferme para que le pueda ir conociendo mejor. Es mucho más fácil llamar a su doctor cuando tenga problemas médicos si ya sabe quién es usted.

¿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 garganta
- Dolores de oído
- Torceduras o esguinces musculares

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?

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 Superior. Para recibir ayuda, llámenos gratis al 1-800-783-5386. También puede llamar a Línea de asesoramiento de enfermería de Superior, disponible las 24 horas. al 1-800-783-5386 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 por 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. Los miembros del centro de Texas que residen en el condado de Bastrop, Caldwell, Hays, Travis o Williamson pueden contactarse con NormanMD para chatear con un médico local las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de concertar una cita. Visite NormanMD.com.

¿Con qué rapidez puedo esperar que me atiendan a mí o a mi hijo?

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? ¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan o atiendan a mi hijo?

La atención médica de emergencia se proporciona para los problemas médicos de emergencia y de salud del comportamiento de emergencia. Deben atenderlos inmediatamente en un caso de atención médica de emergencia. Pero, el tiempo de espera de emergencia se basará en sus necesidades médicas y será determinado por el centro de emergencia que lo está tratando.

¿Qué significa atención médica?

¿Qué es un emergencia, una padecimiento medicado emergencia, o una padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de 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.

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.
- Hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

¿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.

Más servicios para su salud

Los miembros de Superior pueden obtener beneficios adicionales, además de sus beneficios comunes. Estos se llaman servicios de valor agregado. Averigüe lo que puede obtener en la página 45.

¿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.

¿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. 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, gripe 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 del comportamiento.

¿Necesita a los 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.

¿Qué significa "médicamente necesario"?

Servicios cubiertos para miembros de STAR deben coincidir con la definición de "médicamente necesario."

Médicamente necesario significa:
(1) Para los miembros desde nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:

(a) servicios de detección de la vista y de audición; y
(b) otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento física o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento física o mental:
(i) tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de Alberto N, et al. v. Traylor, et al; y
(ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.

(2) 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 enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen defomaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoran una discapacidad, que provequen 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 aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
(d) son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
(e) son lo menos invasivos o restrictivos poible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficiencia;

(f) no son experimentales ni de estudio; y
(g) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y

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

(a) son razonables y se necesitan para 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 las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;
(c) se prestan en el lugar más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
(d) se dan al nivel o cantidad más apropiados para el tratamiento que se puede ofrecer de manera segura;
(e) no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o 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 o proveedor.

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica y los de mi hijo? ¿Cómo obtengo estos servicios?

El doctor trabajará con usted para garantizar que usted y su hijo reciban los servicios que necesitan. Su doctor o el doctor de su hijo deben indicar estos servicios o su doctor debe recomendarlos a otro proveedor. Los servicios cubiertos de STAR incluyen los servicios médicamente necesarios:

- Servicios de audiología, incluidos audífonos, para adultos y niños.
- Servicios de salud del comportamiento, incluidos servicios de hospitalización, ambulatorios o psiquiátricos, servicios de rehabilitación de salud mental, servicios ambulatorios y residenciales para el tratamiento de trastorno de consumo de sustancias.
- Servicios de maternidad.
- Servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer.
- Servicios quiroprácticos.
- Diálisis.
- Equipo médico duradero y suministros médicos.
- Servicios de intervención temprana en la infancia (ECI).
- Servicios de ambulancia para casos de emergencia y no emergencia.
- Servicios de emergencia.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de atención de la salud en el hogar.
- Servicios de hospital, incluidos los servicios de hospitalización y ambulatorios.
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluidos:
  - servicios para pacientes hospitalizados; servicios ambulatorios proporcionados en un hospital de servicios ambulatorios y un centro de atención médica ambulatoria, según sea clínicamente adecuado, y servicios médicos y profesionales proporcionados en un consultorio o en un entorno hospitalario o ambulatorio para:
    - todas las etapas de reconstrucción mamaria en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios;
    - cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica;
    - tratamiento de las complicaciones físicas debido a la mastectomía y tratamiento de linfedemas, y
    - mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama.
- Exámenes médicos y servicios del Programa de Atención Integral (CCP) para Niños (desde el nacimiento hasta los 20 años) por medio del Programa Pasos Sanos de Texas, incluidos los servicios de enfermería privada, los servicios del Centro de Atención Pediátrica Prolongada Prescrita, los servicios de profesionales sanitarios certificados y las terapias (del habla, ocupacional y física).
- Servicios de rehabilitación de salud mental.
- Administración de casos específicos de salud mental.
- Servicios de transporte médico para casos de no emergencia, que incluyen:
  - Servicios de transporte a demanda, que incluyen transporte para asuntos no médicos, transporte previamente coordinado, transporte compartido y servicios de transporte público;
  - Transporte colectivo;
  - Reembolso de millaje para participantes del programa de transporte individual;
  - Comidas;
  - Alojamiento;
  - Fondos adelantados;
  - Servicios de transporte en aerolíneas comerciales, incluido el transporte fuera del estado.
- Evaluación oral y barniz de fluoruro para niños de 6 a 35 meses de edad.
- Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- Podología.
- Atención prenatal y posparto.
- Servicios preventivos, incluido un examen anual de bienestar del adulto para los pacientes de 21 años y mayores.
- Servicios de atención primaria.
- Radiología, imágenes y radiografías.
- Servicios de médicos de especialidad.
- Modalidades de telemedicina y telesalud para la prestación de servicios cubiertos.
- Telesalud.

Beneficios y servicios

- Terapias: física, ocupacional y del habla.
- Trasplante de órganos y tejidos.
- Visión (incluye optometría y anteojos. Solo se cubren lentes de contacto si son médicamente necesarios para una corrección de la visión que no puede lograrse con anteojos).

Además, existen otros servicios que puede obtener a través de Medicaid:

- Transporte a visitas al doctor.
- Atención dental de rutina para niños.
- Servicios para mujeres, bebés y niños (WIC).

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

Para obtener más información sobre los beneficios suyos y de su hijo como miembro de Superior, llame a Servicios para miembros al 1-800-783-5386.

¿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. Si tiene alguna pregunta sobre los límites a cualquier servicio cubierto, pregunte a su doctor o llama a Superior. Le informaremos si cierto servicio tiene algún límite.

¿Cuáles servicios no están cubiertos?

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

- Abortos, excepto en la forma permitida por la ley.
- Cuidados que no tengan necesidad medica.
- Servicios de infertilidad.
- Articulos para la limpieza y el arreglo personal.
- Servicios o artículos que sirven sólo para propósitos cosméticos.
- Servicios que se consideran como experimentales o para la investigacion.
- Servicios no aprobados por el doctor, a menos que la aprobacion del doctor no sea necesaria (por ejemplo, planificacion familiar y salud delcomportamiento).
- Cirugía de reafirmación de género.

Si tiene preguntas sobre cuáles beneficios están o no están cubiertos, llame a Superior al 1-800-783-5386.

¿Qué es la Intervención temprana para niños?

La Intervención temprana para niños (ECI, por sus siglas en inglés) es un programa de Texas para familias con niños (de hasta tres años) que tienen discapacidades o problemas de desarrollo. La prestación de los servicios de ECI es gratuita para los miembros de Superior. Los servicios incluyen:

- Evaluación y valoración
- Gestión de casos
- Desarrollo de un individuo plan de servicio familiar (IFSP)
- Servicios de traducción e interpretación

¿Cuáles son algunos ejemplos de los servicios de ECI?

- Servicios de audiología y visión
- Servicios de enfermería y nutrición
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla y del lenguaje
- Formación especializada de las habilidades

¿Necesito una referencia para esto? ¿Dónde puedo encontrar un proveedor de intervención temprana para niños (ECI)?

Usted no necesita una referencia para solicitar una evaluación de su hijo. Usted puede referir a su hijo poniéndose en contacto con su proveedor local de ECI. Para encontrar un proveedor de ECI, llame a Superior al 1-800-783-5386.

Beneficios y servicios

¿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. Superior HealthPlan gestionará la administración de casos para niños y mujeres embarazadas.

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.

¿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.

Beneficios y servicios

¿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 1-800-783-5386 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.

Equipo médico duradero (DME)

¿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 los nebulizadores, los pañales de los suministros de ostomía, la leche de fórmula, la nutrición parenteral total (TPN) y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios utilizando el beneficio de equipos médicos duraderos. En el caso de los niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Superior también paga los medicamentos sin receta médicamente necesarios, los pañales, la leche de fórmula y algunas vitaminas y minerales.

Para más información sobre estos beneficios, llame al 1-800-783-5386.

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.

¿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 Ayuda para personas con autista de Superior .

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

¿Cómo consigo ayuda si mi hijo o yo tenemos problemas de salud mental, alcohol o drogas? ¿Necesito una referencia para esto?

La salud del comportamiento se refiere al tratamiento de los trastornos mentales y por consumo de sustancias (alcohol y drogas). Si necesita ayuda con algún problema relacionado con la salud del comportamiento, debe llamar a su doctor o a Superior. Contamos con especialistas en trastornos mentales y por consumo de sustancias para ayudarlos a usted y a su hijo.

Beneficios y servicios

No necesita una recomendación de su PCP para recibir servicios de salud del comportamiento. Superior lo ayudará a que encuentre el mejor proveedor para usted o para su hijo. Para obtener ayuda de inmediato, llame al 1-800-783-5386. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cómo puedo saber si yo o mi hijo necesitamos ayuda?

Podría necesitar ayuda si usted o su hijo:

- No puede manejar situaciones de la vida diaria.
- Se siente muy triste, estresado o preocupado.
- No duerme o no se alimenta bien.
- Quiere lastimarse o lastimar a otras personas, o piensa en lastimarse.
- Tiene pensamientos extraños que le preocupan (como escuchar voces).
- Bebe o consume otras sustancias más de lo habitual.
- Tiene problemas en el trabajo o el hogar.
- Parece tener problemas en la escuela.

Cuando usted o su hijo tienen problemas de salud mental problemas de trastornos por consumo de sustancias, es importante colaborar con una persona de conocida. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor idóneo para el caso suyo. Lo más importante es que su hijo tenga a alguien con quién pueda conversar para poder ir resolviendo sus problemas.

¿Qué debo hacer ante una emergencia de salud del comportamiento?

Debería llamar al 911 si usted o su hijo 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 1-800-783-5386 para que alguien pueda ayudarle/ayudar a su hijo con problemas de depresión, enfermedad mental, trastorno por consumo de sustancias o control de sus emociones/las emociones de su hijo.

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 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 sucede si yo o mi hijo ya estamos en tratamiento?

Si usted/su hijo ya está recibiendo atención médica, pregúntele a su proveedor si pertenece a la red de Superior. Si la respuesta es afirmativa, no necesita hacer nada. Si la respuesta es negativa, pídale a su proveedor que llame a Superior al 1-844-744-5315. Queremos que tanto usted como su hijo sigan recibiendo la atención que necesitan. Si el proveedor no se incorpora a la red de Superior, trabajaremos con este para seguir cuidando de usted/su hijo hasta que transfieran sus registros médicos a otro proveedor de Superior.

¿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 la atención y los servicios de apoyo comunitario mediante la rehabilitación de salud mental y administración de casos especializada (MHR-TCM).

Para obtener estos servicios, llame al 1-800-783-5386.

Beneficios y servicios

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 de la vista

¿Cómo obtengo servicos de la vista yo o mi hijo?

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.
- Si tiene menos de 21 años, puede recibir un examen de la vista una vez al año (más si su vista cambia mucho). Puede obtener anteojos una vez cada dos años (más si su vista cambia mucho). También le pueden reemplazar sus anteojos las veces que necesite si los pierde o se rompen.

Con Superior, tambien puede recibir servicios extra de la vista. Llame a Centene Vision Services, el proveedor de servicios de la vista de Superior, al 1-866-897-4785.

No necesita referido de su doctor para el cuidado rutinario de la vista de un doctor de la vista. Algunos doctores de la vista tambien le pueden dar tratamiento para enfermedades de la vista que no requieren cirugia. Los servicios de la vista puede obtenerse de Centene Vision Services. Para escoger un doctor de la vista, llame a Superior al 1-800-783-5386 o a Centene Vision Services, al 1-866-897-4785 para recibir ayuda.

Cuidado dental

¿Qué servicios dentales cubre Superior para los niños? ¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?

Superior cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria, esto incluye, por ejemplo, el pago de lo siguiente:

- Tratamiento de mandíbula dislocada.
- Tratamiento de daño traumático en los dientes y estructuras de apoyo.
- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de absceso bucal de origen dental o de las encías.

Superior cubre el hospital, el médico y los servicios médicos relacionados para las afecciones antes mencionadas. Esto incluye los servicios prestados por el doctor y otros servicios que su hijo pudiera necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

Superior también se hace cargo de pagar los dispositivos y el tratamiento de las anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo brinda todos los otros servicios dentales, incluidos los que ayudan a prevenir las caries y resuelven problemas dentales. Para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrece el plan, llame al plan dental de Medicaid de su hijo.

Si está embarazada y tiene al menos 21 años, Superior le ofrece servicios dentales adicionales.

¿Superior cubre los servicios odontológicos de emergencia para los niños?

Superior cubre servicios odontológicos de emergencia limitados para lo siguiente:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada.
- Tratamiento de daño traumático en los dientes y estructuras de apoyo.
- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de absceso bucal de origen dental o de las encías.
- Hospital, médicos y servicios médicos relacionados, como los medicamentos, para cualquiera de las afecciones anteriores.

Si tiene alguna pregunta o necesita información sobre los servicios odontológicos, llame a la Agencia de Inscripción al 1-800-964-2777 o:

DentaQuest	1-800-516-0165
MCNA Dental	1-855-691-6262
United Dental	1-800-822-5353

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis al 1-800-783-5386 o llame al 911.

Servicios especiales

¿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 Superior al 1-800-783-5386.

¿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.

¿Qué pasa si soy un trabajador agrícola itinerante?

Un trabajador agricola itinerante es una persona que trabaja en la agricultura de forma estacional. Para ser considerado trabajador agricola itinerante, debe haber estado empleado en los ultimos 24 meses y debe haber establecido un hogar temporal durante ese tiempo.

¿Qué beneficios y servicios están disponibles para los trabajadores agrícolas itinerantes?

Si es un trabajador agricola itinerante, sus hijos pueden acceder a muchos de los beneficios y servicios de Superior. Estos incluyen chequeos de Texas Health Steps, administracion de casos y ayuda con el transporte. Para obtener mas informacion, llame a Servicios para miembros de Superior al 1-800-783-5386.

Miembros con necesidades especiales de atención de la salud (MSHCN)

¿A quién debo llamar si mi hijo o yo tenemos necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me ayude?

Si usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención de la salud, por ejemplo, por una enfermedad grave permanente, una discapacidad o afecciones crónicas o complejas, simplemente llame a Superior al 1-800-783-5386. Superior ofrece acceso directo a los especialistas adecuados para sus condiciones y necesidades. No necesita una remisión de un médico para recibir estos servicios. Podemos ayudarlo a programar una cita con uno de nuestros doctores que atienden a los pacientes con necesidades especiales. También lo recomendaremos a uno de nuestros Coordinador de servicios, quien hará lo siguiente:

- Ayudarlo a obtener los servicios que usted necesita.
- Desarrollar un plan de atención con su ayuda y la de su doctor o el doctor de su hijo.
- Seguir su progreso o el de su hijo, y asegurarse de que obtengan la atención que necesitan.
- Responder a sus preguntas relacionadas con la atención de la salud.

Servicios especiales

Coordinación de servicios

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 1-800-783-5386 para conversar con una enfermera. Puede comunicarse con nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-783-5386. Ellos pueden responder sus preguntas relacionadas con la salud después del horario habitual y los fines de semana. 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, puede dejarlo en cualquier momento con una llamada a su enfermera.

Nota:

- 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 1-800-783-5386 si desea hablar con una enfermera acerca de cómo participar en este programa.

Buscamos nuevos tratamientos para ofrecerle una mejor atención

Superior cuenta con un comité de médicos que revisa los nuevos tratamientos para personas con ciertas enfermedades. Revisan la información de otros médicos y organismos científicos. La información sobre los nuevos tratamientos cubiertos por Texas Medicaid se comparte con los médicos de Superior. Esto les permite proporcionarle los mejores tipos de asistencia y los más actuales.

Programas del tratamiento de la enfermedad

Programa de asma

Si usted o su hijo tiene asma, Superior tiene un programa especial que puede ayudarle a usted. 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 1-800-783-5386 si usted o su hijo:

- Ha 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

Programa para trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Si usted o su hijo reciben un diagnóstico de TDAH y necesitan ayuda para controlar los síntomas, Superior tiene un programa que lo ayudará. Algunos síntomas comunes del TDAH infantil incluyen:

- Dificultad para concentrarse o se distrae con facilidad.
- Comportamiento impulsivo.
- Incapacidad para jugar o realizar actividades con tranquilidad.

Llame a Superior al 1-800-783-5386 si desea:

- Saber más sobre los síntomas y las opciones de tratamiento para usted o su hijo.
- Comprender mejor cómo apoyarse o apoyar a su hijo.
- Recibir ayuda para encontrar un proveedor de salud del comportamiento o concertar una cita.

Programas para la esquizofrenia y el trastorno bipolar

Si ha recibido un diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia, y necesita ayuda para controlar los síntomas, Superior tiene un programa que lo puede ayudar. 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 1-800-783-5386 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.
- Tiene dificultades para recibir sus medicinas o asistir a las citas.

Programa para la depresión

Si está preocupado porque usted o su hijo se han sentido deprimidos o estresados, y busca ayuda para controlar esos síntomas, Superior tiene un programa que le será de ayuda. Algunos de los síntomas comunes de la depresión infantil son:

- Tristeza o irritabilidad persistentes.
- Baja autoestima.
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba.
- Cambios en el apetito o el patrón de sueño.
- Poco interés o placer en hacer cosas.
- Comportamientos riesgosos.
- Problemas de concentración.
- Quejas físicas, como dolores de cabeza o de estómago.

Llame a Superior al 1-800-783-5386 si desea:

- Saber más sobre los síntomas y las opciones de tratamiento para usted o su hijo.
- Recibir ayuda para encontrar un proveedor de salud del comportamiento o concertar una cita.
- Comprender mejor cómo apoyarse o apoyar a su hijo.

Programa de diabetes

Si usted o su hijo tiene diabetes, Superior tiene un programa especial que puede ayudarle a usted. Este programa tiene sesiones de asesoramiento, materiales que se le enviarán por correo y también le permite hacer llamadas ilimitadas. 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 mucha sed.
- Tener que ir a baño con frecuencia.

Servicios especiales

Llame a Superior al 1-800-783-5386 si usted o su hijo:

- 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 administración de las discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD)

Si usted o su hijo/a están diagnosticados o tienen síntomas de una discapacidad intelectual o del desarrollo (trastorno del espectro autista), Superior dispone de un programa que puede ayudar a controlar y comprender sus síntomas. Hay ayuda disponible para los miembros menores de 18 años. Algunos de los síntomas comunes de la IDD en los niños son:

- Capacidades cognitivas, lingüísticas o de aprendizaje limitadas o retrasadas.
- Funciones adaptativas limitadas, incluidas la comunicación eficaz, la interacción con los demás y el cuidado propio.
- Comunicación social disminuida, intereses restringidos y comportamientos repetitivos.
- Problemas para relacionarse con los pensamientos o sentimientos de los demás.
- Dificultad para interpretar el lenguaje corporal y las expresiones faciales de los demás.

Llame a Superior al 1-800-783-5386 si desea:

- Aprender más sobre sus síntomas o los de su hijo/a.
- Comprender mejor cómo apoyarse o apoyar a su hijo/a.
- Recibir ayuda para encontrar un proveedor de salud del comportamiento o concertar una cita.

Programa de tratamiento por consumo de sustancias durante el embarazo

Si el alcohol o el consumo de drogas ha afectado su comportamiento o el de su hijo/a, y necesita ayuda, Superior tiene un programa que lo puede ayudar. Llame a Superior al 1-800-783-5386 si está embarazada y:

- Le interesa recibir información y recursos para ayudar a reducir o detener su consumo o el de su hijo/a.
- Su familia o amigos han expresado su preocupación sobre su consumo o el de su hijo/a.
- 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 alcohol o el consumo de drogas ha interferido en sus comportamientos o los de su hijo, y necesita ayuda, Superior tiene un programa que lo puede ayudar.

Llame a Superior al 1-800-783-5386 si:

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

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

Servicios de planificación familiar

¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar?

Superior ofrece servicios de planificación familiar a todos los miembros. Eso incluye a Miembros menores de 18 años. Los servicios de planificación familiar son confidenciales. Usted debe conversar con su médico sobre la planificación familiar. Su doctor le ayudará a elegir un proveedor de planificación familiar de Medicaid. Si no se siente cómodo hablando con su doctor, llame a Superior al 1-800-783-5386 y le podemos ayudar.

¿Necesito que me den un referido?

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 healthytexaswomen.org o puede llamar a Superior al 1-800-783-5386 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

¿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 1-800-783-5386.

Pasos Sanos de Texas

¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas es el programa de cuidados de la salud de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes, hasta los 20 años de edad.

Pasos Sanos de Texas le ofrece a su hijo(a):

- Chequeos médicos regulares gratuitos desde su nacimiento.
- Chequeos dentales gratuitos a partir de los 6 meses de edad.
- Un Administrador de casos, el cual puede encontrar qué servicios necesita su hijo(a) y dónde obtener esos servicios.

Los chequeos de Pasos Sanos de Texas:

- Detectan problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Previenen problemas de salud que hacen difícil para los niños aprender y crecer como otros niños de su edad.
- Ayudan a su hijo(a) a tener una sonrisa saludable.

Para hacer la cita para un chequeo:

- Usted recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas diciéndole cuándo es momento de realizar un chequeo.Llame al doctor de su hijo(a) para fijar la cita para el chequeo.
- Haga la cita para el chequeo a una hora que sea conveniente para su familia.

Si el doctor o dentista detecta un problema de salud durante un chequeo, su hijo(a) puede recibir el cuidado que necesita, tal como:

- Exámenes de la vista y lentes.
- Exámenes del oído y aparatos auditivos.
- Otros cuidados de salud y dentales.
- Tratamiento para otros problemas médicos.

Llame a Superior al teléfono 1-800-783-5386, o a Pasos Sanos de Texas al número gratuito 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) si usted:

- Necesita ayuda para encontrar un doctor o un dentista.
- Necesita ayuda para hacer una cita para un chequeo.
- Tiene preguntas acerca de los chequeos o de Pasos Sanos de Texas.
- Necesita ayuda para encontrar y obtener otros servicios.

Si no puede llevar a su hijo/a al chequeo médico, el Programa de Transporte Médico de Superior puede ser de ayuda. Si no tiene otras opciones para trasladarse, usted y su hijo/a pueden obtener traslados sin costo de ida al médico, dentista, hospital o farmacia o de vuelva a casa.

Llame al centro de llamadas/citas de SafeRide Health: 1-855-932-2318; TTY: 7-1-1
Horario: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. hora estandar central (CT)

Pasos Sanos de Texas

¿Cómo y cuándo puedo obtener un examen médico de Pasos Sanos de Texas para mi niño?

Los exámenes médicos regulares ayudan a asegurar que su niño llegue a ser una persona saludable. Usted debe llevarlo donde su doctor o a otro Proveedor de Pasos Sanos de Texas para que reciban sus exámenes médicos a las edades siguientes:

- Dar de alta hasta 5 días
- 2 semanas
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 2 años
- 30 meses
- 3 años
- 4 años
- 5 años
- 6 años
- 7 años
- 8 años
- 9 años
- 10 años
- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- 18 años
- 19 años
- 20 años

¿Cómo y cuándo puedo obtener un examen dental de Pasos Sanos de Texas para mi niño?

Su hijo debería recibir también los exámenes dentales regulares para asegurar que sus dientes y encías se mantengan saludables. Los exámenes dentales deben iniciarse a los seis (6) meses de edad y después a cada seis (6) meses. Puede ir a cualquier dentista de Paso Sanos de Texas para recibir un examen dental. Pídale a su doctor el nombre de un dentista cerca de donde vive o llame a Servicios para Miembros al 1-800-783-5386. No necesita un referido de su doctor para los exámenes dentales regulares o para los demás servicios dentales.

Durante los exámenes dentales de Pasos Sanos de Texas, el dentista le observa de pies a cabeza, para determinar si tiene algún problema dental que quizás no sepa. El dentista también determinará si la boca y los dientes de su hijo están desarrollándose como otros niños de su edad. Estos exámenes pueden ayudar a detectar problemas dentales antes de que se empeoren y sean más difíciles de tratar.

Pregunte a su dentista sobre los selladores dentales para su hijo. El sellador dental es un material plástico que se pone atrás del diente para ayudar a evitar las carias.

¿Cómo puedo hacer una cita para que mi hijo reciba el examen medico de Pasos Sanos de Texas?

Puede pedir un examen al doctor de su hijo. También puede pedir un examen a cualquier proveedor de Superior que de exámenes de Pasos Sanos de Texas. ¿Necesita ayuda? Puede llamar gratis a Superior de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., al 1-800-783-5386. Ayude a que su niño se mantenga saludable.

¿Necesito que me den un referido?

No necesita un referido para recibir servicios médicos o dentales de Pasos Sanos de Texas.

¿Qué pasa si necesito cancelar la cita?

Por favor llame al consultorio de su doctor o dentista en caso que necesite cambiar o cancelar la visita de su hijo. Si se solicitó transporte para concurrir a la visita a través del Programa de Transporte Médico de Superior, proporcionado por SafeRide Health, llame al 1-855-932-2318 para cancelar el viaje. Llame con 24 horas de antelación para modificar o cancelar su viaje.

Pasos Sanos de Texas

¿Es necesario que mi doctor participe en la red de Superior?

Si visita a un doctor que no esté inscrito como proveedor de Superior, quizás Superior no le podrá pagar a ese doctor y podrían cobrarle a usted por los servicios.

¿Qué hago si estoy fuera de la ciudad y a mi hijo le toca un examen de Pasos Sanos de Texas?

Si está fuera de la ciudad a su hijo le toca un examen de Pasos Sanos de Texas, llame a Superior al 1-800-783-5386. Ellos le ayudarán a preparar una visita al doctor en cuanto regrese a su casa.

¿Qué hago si me he mudado y a mi hijo le toca un examen de Pasos Sanos de Texas?

Si se muda y a su hijo le toca un examen de Pasos Sanos de Texas, vaya a cualquier proveedor de Pasos Sanos de Texas que ofrezca esos servicios. Debe presentar su identificación de Superior antes de poder recibir servicios. 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. Dé notificación de su nueva dirección tan pronto como sea posible a la oficina local de HHSC, asi como al Servicios para Miembros de Superior con una llamada al 1-800-783-5386.

Debe llamar a Superior antes de poder recibir cualquier servicio en su nueva dirección, a menos que sea una emergencia. Seguirá recibiendo atención médica de Superior hasta que se haga el cambio de dirección.

¿Qué pasa si soy un trabajador agrícola itinerante?

Se piensa salir de la region, puede recibir su examen mas pronto. Sigue siendo importante que su hijo reciba la atención médica y dental que necesita para que se mantenga saludable. Por lo tanto, si va a salid del área para ir donde está su trabajo, llame a Superior al 1-800-783-5386 para que le ayuden a preparar una cita. Consulte la página 35 para obtener más información sobre ayuda para los trabajadores agrícolas migrantes.

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. Tras crear una cuenta gratuita, puede hacer lo siguiente:

- Ver sus antecedentes médicos.
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal.
- Revisar sus beneficios de salud.

Para obtener más información, consulte la página 2.

Farmacia

¿Cuáles son mis beneficos de medicamento recetado?

Si va a una farmacia que acepta miembros de Superior, podrá obtener medicamentos recetados sin límites a través de su cobertura de Medicaid. Ciertos medicamentos podrían no estar cubiertos por Medicaid. La farmacia puede informarle qué medicamentos no están cubiertos, o le ayudará a encontrar otro medicamento que esté cubierto. También puede preguntarle a su doctor o a su clínica cuáles medicamentos están cubiertos, y cuáles son los mejores para su caso. También puede llamar a Superior al 1-800-783-5386 en caso de tener preguntas.

¿Cómo obtengo mis medicamento para mí y mí hijo? ¿A quién llamo si no puedo recibir medicamento recetado para mí y mí hijo?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su doctor indica que va a necesitar. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento 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 1-800-783-5386.

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

Las medicinas con receta 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. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a Superior al 1-800-783-5386. También puede encontrar una lista de farmacias por Internet usando nuestra herramienta Encontrar un proveedor en SuperiorHealthPlan.com/EUP.

Recuerde: Siempre que vaya al doctor y a la farmacia, lleve su tarjeta de identificación de Superior y su tarjeta de identificación de Medicaid.

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

Las recetas médicas para los miembros se ofrecen a través de farmacias que tienen contrato con Superior. Es importante que usted muestre su tarjeta de identificacion de Superior y con su tarjeta de identificacion de Medicaid en la farmacia. Si la farmacia le indica que no atienden a miembros de Superior, puede llamar al Servicios para Miembros de Superior al 1-800-783-5386, 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 el servicio de envío por correo de muchos medicamentos. Algunas farmacias de Superior ofrecen servicios de entrega a domicilio. Llame a Servicios para miembros de Superior al 1-800-783-5386 para conocer más sobre el pedido por correo o para encontrar una farmacia que ofrezca servicios de entrega a domicilio en su área.

¿Qué sucede si pierdo mis medicinas o las de mi hijo?

Si pierde sus medicamentos, debe comunicarse con su farmacia local para ver si se encuentra disponible un resurtido. También puede llamar a su doctor o clínica si no se encuentra disponible un resurtido.

¿Qué sucede si no puedo obtener la medicina que aprobó mi doctor o el doctor de mi hijo?

Si no es posible localizar al doctor para que apruebe la receta, usted puede conseguir un suministro de emergencia de la medicina para tres días. Llame gratis a Superior al 1-800-783-5386 para obtener ayuda con las medicinas y los resurtidos.

Farmacia

¿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 el sitio web de medicamentos de proveedores de Texas https://www.txvendordrug.com/searches/formulary-drug-search. Puede solicitar una copia del formulario en papel sin costo alguno. La copia en papel se le enviará dentro de los cinco (5) días laborables de su solicitud. Llame a Superior al 1-800-783-5386 si tiene alguna pregunta.

¿Qué pasa si 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 1-800-783-5386. Un miembro dedicado de nuestro equipo revisará su solicitud y le brindará ayuda.

¿Qué otros artículos cubren mis beneficios de farmacia?

Cuando están cubiertos por Medicaid de Texas, Superior paga los medicamentos sin receta 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 1-800-783-5386.

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.

Beneficios de bonos y servicios

¿Qué beneficios y servicios adicionales puedo recibir/puede recibir mi hijo 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. Estos incluyen:

- **Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas.** Acceso a la línea de asesoramiento de enfermería de Superior, disponible las 24 horas. Llame al 1-800-783-5386 para comunicarse con una enfermera titulada y obtener respuesta a sus preguntas relacionadas con la salud, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- **Careopolis y Kiddopolis.** Acceso a las comunidades privadas por Internet Careopolis o Kiddopolis, donde los miembros pueden interactuar con amigos, familiares y cuidadores durante su proceso de sanación, atención médica o embarazo. Debe ser aprobado por el departamento de Coordinación de servicios a petición del miembro.
- **Ayuda adicional para el transporte.** Transporte para que los miembros acudan a citas requeridas por los servicios de decisiones relacionadas con la discapacidad en el consultorio de un médico aprobado por la Administración del Seguro Social. El transporte debe contar con autorización previa y haber sido programado al menos 2 días hábiles antes de la cita. No incluye el reembolso de traslados, ambulancias y transporte de emergencia. Los miembros menores de 18 años deben viajar acompañados de un adulto responsable.
- **Beneficios oftalmológicos adicionales.** Beneficios oftalmológicos adicionales, que incluyen una asignación de $150 para compras minoristas de determinados armazones de anteojos, cristales o lentes de contacto recetados no cubiertos por Medicaid, una vez cada 2 años. La cobertura es para armazones o cristales y no cubre opciones adicionales como cristales de color ni capas de tratamiento. Esta asignación no puede usarse para reemplazar anteojos o gafas de sol. El miembro será responsable de cualquier cargo superior a $150.
- **Vacuna contra la gripe.** Los miembros pueden recibir una recompensa de $25 por completar la serie de vacunas contra la gripe a más tardar para el segundo cumpleaños del miembro. Limitado a miembros de 6 meses de edad hasta su segundo cumpleaños. La vacuna contra la gripe debe administrarse de acuerdo con el calendario de vacunación infantil recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Limitado a una recompensa por miembro por año. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Programas de ejercicios y juegos saludables (Boys & Girls Clubs).** Hasta $125 para una actividad del Boys & Girls Club (BGC) por año para miembros de 6 a 18 años, a través de las asociaciones de Superior con determinados BGC. Las actividades podrían variar según la ubicación. Los miembros están sujetos a las normas y los reglamentos del BCG participante en el que elijan inscribirse. Para que el miembro reúna los requisitos, debe haber un BGC contratado en la zona de residencia del miembro. Hay un límite de una membresía o inscripción deportiva por miembro al año. Excluye a miembros en las zonas de prestación de servicios de Bexar, El Paso, las zonas rurales de prestación de servicios de Medicaid (MRSA) en el centro y en el oeste, y Travis.
- **Programas de ejercicios y juegos saludables (YMCA).** Los miembros desde el nacimiento hasta los 17 años pueden recibir una membresía de 6 meses de la YMCA en las ubicaciones que sean parte de la Alianza Estatal de las YMCA de Texas (Texas State Alliance of YMCAs). La YMCA requiere que los menores estén acompañados por un adulto. Las actividades podrían variar según la ubicación. Los miembros están sujetos a las normas y los reglamentos de la YMCA participante en la que elijan inscribirse. Los 6 meses de la membresía deben ser consecutivos y están disponibles una vez por año. 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. Excluye a miembros de las zonas de prestación de servicios de Hidalgo, Lubbock, Nueces y la zona rural de prestación de servicios de Medicaid (MRSA) en el noreste.
- **Ayuda para los miembros con asma.** A los miembros inscritos en la Coordinación de servicios o el Tratamiento de la enfermedad se les ofrece una atención mejorada para el asma. Este tratamiento optimizado brinda apoyo para ayudar a disminuir los ataques de asma. Los miembros participantes reciben una funda para colchón y una funda para almohada antialérgicas una vez cada 2 años.

Beneficios de bonos y servicios

- **Joy for All™.** Los miembros de 5 a 17 años que estén inscritos en la Coordinación de servicios durante al menos 30 días pueden recibir una mascota de compañía de peluche a baterías Joy for All™. Los servicios de valor agregado deben contar con la autorización previa del departamento de Coordinación de servicios de Superior, a solicitud del miembro. 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.
- **Copago del centro de enfermería.** Hasta $500 para gastos por estadía en un centro de enfermería. Los miembros deben participar en el proceso El dinero sigue a la persona (MFP) del Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP). Limitado a uno durante toda la vida. Es necesaria la autorización de la Administración de servicios.
- **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).** Hasta $25 cada trimestre por hogar para artículos de venta libre (OTC) de uso frecuente enviados por correo al domicilio del miembro o adquiridos en las 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. El folleto de artículos OTC incluye artículos para el hogar, cuidado personal, cuidado bucal y para niños. 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, el 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 importes superiores al valor del beneficio. Los productos no tienen devolución. Los pedidos de artículos OTC son únicamente para el miembro.
- **Transporte a las reuniones del Grupo de Asesoramiento para Miembros (MAG).** Transporte para que los miembros asistan a las reuniones del MAG de Superior. Cuando confirme su asistencia a una reunión del MAG, informe al personal que necesita ayuda con el transporte. Los miembros de entre 0 y 18 años deben estar acompañados por un adulto. El miembro de Superior puede viajar acompañado de sus hermanos y un representante legal autorizado (LAR) en caso de ser menor de edad. El número de pasajeros se limita al espacio disponible en el vehículo de transporte proporcionado. Se ofrecerá el método de transporte más rentable. No incluye el reembolso de traslados, ambulancias y transporte de emergencia.
- **Elementos sensoriales.** Los miembros de entre 5 y 17 años que lleven 30 días inscritos en el programa de Coordinación de servicios pueden recibir un paquete de apoyo al año. Deben estar al día con los Pasos Sanos de Texas. Es necesaria la autorización del departamento de Coordinación de servicios. Limitado a miembros en Lubbock, Nueces y la zona rural de prestación de servicios de Medicaid (MRSA) en el oeste.
- **Exámenes de aptitud física para practicar deportes y para la escuela.** Exámenes anuales de aptitud física para practicar deportes y para la escuela para miembros de 4 a 18 años. Este servicio de valor agregado se limita a un solo examen de aptitud física por año, cuyo rembolso máximo es de $35. El examen de aptitud física para practicar deportes lo debe realizar un proveedor contratado de Superior.
- **Programa Weight Watchers®.** Para promover el control del peso y mejorar la salud, la nutrición y el bienestar, Superior ofrece a los miembros una suscripción de 6 meses al programa Weight Watchers® por Internet al año. También se ofrecen talleres ilimitados que brindan apoyo para bajar de peso, tanto en persona como por Internet. Los miembros deben tener entre 18 y 70 años y un índice de masa corporal (IMC) de 30 o superior. Las miembros que estén embarazadas o tengan un diagnóstico de bulimia nerviosa no podrán recibir el beneficio. Los miembros deben tener acceso a Internet.

Más servicios para miembros embarazadas:

- ***Baby showers.*** El galardonado programa Start Smart® for Your Baby de Superior ofrece apoyo adicional durante el

embarazo. 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.

La recompensa se concede una sola vez por embarazo. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año del programa de recompensas My Health Pays®.*

- **Beneficios dentales adicionales.** Beneficios dentales adicionales para las miembros embarazadas de 21 años o más. Estas miembros pueden recibir hasta $250 una vez por embarazo para servicios dentales, que incluyen un chequeo de rutina y limpiezas, radiografías y aplicaciones de fluoruro.
- **Ayuda adicional para el transporte.** Transporte para ir a una visita prenatal o posparto cuando la miembro tiene acompañantes adicionales (niños únicamente) y no hayan otras opciones disponibles. El transporte debe contar con autorización previa y haber sido programado al menos 2 días hábiles antes de la cita. La miembro debe aportar el asiento infantil para automóvil para los niños que así lo requieran. No incluye el reembolso de traslados, ambulancias y transporte de emergencia.
- **Visitas a domicilio durante el embarazo.** Las miembros embarazadas que se encuentren en situación de alto riesgo y estén inscritas en programas de Coordinación de servicios pueden recibir una visita a domicilio para ayudarles a abordar cualquier inquietud de salud que surja durante el embarazo. Incluye a las miembros que no acudieron a sus citas médicas o cuyo estado de salud es inestable.
- **Recompensas prenatales y posparto.** El programa de recompensas de Superior ofrece incentivos financieros distintos del dinero en efectivo que premian a las miembros embarazadas por completar actividades saludables relacionadas con el embarazo y el parto. Las recompensas se cargan en una tarjeta prepagada. Las miembros embarazadas pueden recibir los siguientes premios por completar actividades después de la confirmación de la visita:
  - $75 por acudir a una visita prenatal durante el primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción en Superior.
  - $50 por acudir a 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 del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Dejar de fumar.** Capacitación telefónica sobre la salud que ofrece apoyo en los intentos para dejar de fumar durante el embarazo a través del programa Embarazo sin Humo de Superior. Limitado a las consumidoras de tabaco actuales que tengan interés en dejar de fumar dentro de los próximos 30 días.

***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 1-800-783-5386 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 de My Health Pays®.

Los servicios de valor agregado pueden estar sujetos a restricciones y limitaciones. Estos servicios 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 habla otro idioma o es sordo o tiene dificultades auditivas, existen servicios de asistencia lingüística, ayudas/servicios auxiliares y otros formatos alternativos a su disposición de forma gratuita. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros al 1-800-783-5386.

¿Cómo puedo aprender más sobre los beneficios y servicios que están disponibles?

Superior desea estar seguro de que está conectado con servicios sociales y atención médica de calidad. El personal del representante de los miembros de Superior puede enseñarle a usar los servicios de Superior. Se comunican con usted por

teléfono o le envían información por correo. Lo ayudarán, entre otras cosas, con lo siguiente:

- Selección de un médico.
- Los Pasos Sanos de Texas.
- Atención preventiva, urgente o de emergencia.
- Servicios de transporte.
- Visitas a especialistas.
- Uso de los servicios de Superior.
- Procedimientos de quejas y apelaciones.
- Uso del Manual para miembros.

Los representantes de los miembros también pueden proporcionarle recursos para ayudarle a conseguir alimentos, vivienda, ropa y servicios públicos. Para obtener más información, llame al personal del representante de los miembros de Superior al 1-800-783-5386.

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

Superior tiene mucha información disponible por Internet. Esto incluye un boletín de noticias trimestral para miembros. Puede encontrar esto en www-es.SuperiorHealthPlan.com; para eso, haga clic en "Medicaid & CHIP Plans" (Planes de Medicaid y CHIP) y, a continuación, en "Medicaid News" (Novedades de Medicaid).

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

También dispone de herramientas y clases interactivas sobre la salud por Internet. Esto incluye los planes On.Target que le ayudan a aprender cómo vivir bien con enfermedades crónicas, obtener consejos de alimentación saludable, encontrar ejercicios que disfrutará hacer y mucho más. Puede encontrarlo al iniciar sesión en el portal para miembros de Superior en SuperiorHealthPlan.com/Wellframe-es.

¿Con cuáles otros servicios me puede ayudar mi plan?

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/agencias incluyen:

- Intervención Temprana en la Infancia (ECI)
- Departamentos de salud pública
- Hospicio
- Servicios de transporte médico

Para recibir más información sobre estos servicios, llame a Superior al 1-800-783-5386.

Educación de la salud

¿Qué clases educación de 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 incluyen:

- Reuniones del grupo de asesoramiento para miembros para ayudarle a obtener mas 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 1-800-783-5386 o visitando SuperiorHealthPlan.com/EventosdeMiembros.
- Smart Start for Your Baby®: un programa especial para las miembros embarazadas que incluye las clases de educación, Administración de la atención y baby showers.
- Superior organiza baby showers educativos virtuales para enseñarle más sobre su embarazo y su nuevo bebé. Para obtener más información sobre los baby showers, visite nuestro sitio web en SuperiorHealthPlan.com/EventosdeMiembros o llame a Servicios para miembros al 1-800-783-5386.
- 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 el embarazo, el tratamiento del asma, recursos para cuidadores, apoyo para la diabetes y mucho más. Obtenga más información en SuperiorHealthPlan.com/BienestarAPedido.

¿Qué clases de educación de salud ofrecen otros organismos?

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

- Clases de educación sobre diabetes juvenil;
- Clases de educación sobre asma juvenil;
- Clases de nutrición para toda la familia;
- Clases de reanimación cardiopulmonar (RCP);
- Clases sobre alimentación saludable.

Si necesita ayuda adicional porque está embarazada o si usted o su hijo tiene asma u otra enfermedad grave, llame a Superior al 1-800-783-5386. Lo enviaremos al programa de administración de casos Superior. Cuenta con enfermeros certificados que pueden ayudarlo a lidiar con su enfermedad o la de su hijo/a. Las enfermeras trabajarán con usted y su doctor para coordinar su atención y asegurarse de que usted tiene lo necesario para ayudar a mantenerlo sano y su hijo saludable.

Programa Head Start

Head Start es un programa que se ofrece a muchos niños de Texas. Les proporciona a los niños de cinco años y menores servicios de salud y educación en la primera infancia que los ayuda a prepararse para la escuela. Los niños pueden calificar para el programa en función de los ingresos de su familia. Los programas se desarrollan en las escuelas, las instalaciones de cuidado de niños o las agencias de la comunidad. Entre los beneficios de Head Start, se encuentran:

- **Educación:** El programa ayuda a muchos niños a aprender y crecer. Los servicios de Early Head Start están disponibles al menos seis horas por día. Los servicios preescolares de Head Start incluyen programas de media jornada y de jornada completa.
- **Servicios en el hogar:** Los empleados de Head Start pueden visitar a los niños en su hogar y trabajar con los padres para que sean los principales maestros de los niños.
- **Salud:** Se proporcionan servicios de salud. Estos incluyen vacunas y servicios médicos, dentales y de salud metal.
- **Participación de los padres:** Los padres de los niños que forman parte del programa pueden participar en los comités, asistir a las clases o ser voluntarios.
- **Servicios sociales:** Es posible que las familias cuenten con apoyo para encontrar los servicios que necesitan. Esto puede incluir apoyo nutricional u otras necesidades.

Educación de la salud

Inscripción en Head Start

Muchos niños calificarán para Head Start. La familia de los niños deben cumplir con los criterios de ingresos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos proporciona una lista de criterios. Para obtener más información, viste https://benefits.gov/es/benefit/1941. Para completar la inscripción, se necesita el certificado de nacimiento de los niños u otra forma de identificación. En Texas, hay muchos programas Head Start. Estos programas pueden encontrarse en https://headstart.gov/es/programas/articulo/programas-head-start. Tenga en cuenta que los niños que se inscriben en Head Start deben hacerse un examen regular de niño sano en un plazo de 45 días a partir de la inscripción. Llame a Superior si usted o su hijo necesitan ayuda para programar una cita o encontrar un doctor.

Directivas anticipadas

Esta sección es aplicable únicamente para jóvenes adultos de 18 años y mayores.

¿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.

A través de la directiva anticipada, usted toma decisiones sobre su atención médica, como qué tipo de atención médica, si la hay, aceptará o no. 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 medico en algun momento del futuro cuando no pueda dar a conocer su voluntad debido a una enfermedad o lesion. En el Estado de Texas usted pude hacer un testamento vital. Su doctor debe obedecer su testamento vital en caso que este demasiado enfermo para decidir sobre su atencion medica.
- **Carta Poder Perdurable para la atención médica** – Este es un documento que le permite nombrar a alguien para que tome 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 1-800-783-5386 y le ayudaremos a obtener el formulario correspondiente.

¿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 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.

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 1-800-783-5386.

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 los servicios. Es responsabilidad suya determinar cuáles servicios están cubiertos y cuáles no están.

Si tiene otro seguro grupal principal, asegúrese de proporcionar tanto su seguro principal como su cobertura de Medicaid de Superior a todos sus proveedores. El proveedor debe presentar las facturas a su seguro grupal principal primero y luego a Medicaid de Superior. Medicaid es el pagador de último recurso y no debe ser el único seguro presentado a sus proveedores. Siempre que siga las reglas del seguro principal y de Superior, no debe ser responsable de pagar ninguna parte de las facturas de sus proveedores.

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 1-800-783-5386 para explicarnos el problema. Un defensor de Servicios para Miembros de Superior puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al 1-800-783-5386. Por lo general, podermos ayudarle de immediato o, a más tardar, en unos dias.

También puede presentar una queja en nuestro sitio web. Vaya al sitio 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 interpretación sin cargo. Para obtener ayuda, llame a los Servicios para miembros al 1-800-783-5386 (TTY 1-800-735-2989).

¿Puede alguien de Superior ayudarme a presentar una queja?

Un defensor de los Servicios para miembros de Superior puede ofrecerle ayuda para presentar una queja. Simplemente, llame al 1-800-783-5386 (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. Podrá presentar una queja por vía telefónica al 1-800-783-5386, por correo postal, por fax al 1-866-683-5369 o por Internet en www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/complaints-appeals.html.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

La mayoría de las veces lo podemos ayudar de inmediato o, como mucho, dentro de unos pocos días. Superior responderá su queja dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que presentó la queja.

¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de quejas?

Si no está satisfecho con la respuesta de Superior a su queja, tiene derecho a presentar una apelación de queja por escrito ante el panel de apelación de quejas. Se tomará la decisión final sobre su queja dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de recepción de su solicitud de apelación escrita.

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) de Texas llamada gratis al 1-866-566-8989. Si desea presentar una queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

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

Si puede recibir Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a hhs.texas.gov/managed-care-help.

.

Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios

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

- 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.

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.

¿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 de una decisión adversa de beneficios. Un representante de Servicios para miembros de Superior puede responder las preguntas que usted tenga. Simplemente llame al 1-800-783-5386 (Relay Texas TTY 1-800-735-2989). Su representante legal autorizado también puede presentar una apelación en su nombre. Se ofrecen servicios de interpretación sin cargo. Para obtener ayuda, llame a Servicios para miembros.

¿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 dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción, 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 de apelación inicial. 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 corridos 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 ocurra más tarde.

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 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 1-800-783-5386.

¿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 interna de emergencia del plan médico 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 internas de emergencia del plan médico no tienen que hacerse 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: Apelaciones
P.O. Box 31398
Tampa, FL 33631-3398
Fax para farmacias minoristas: 1-888-865-6531
Fax para biofarmacias médicas: 1-844-235-5091

¿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 denegación es sobre una situación de emergencia en curso o implica 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 a partir de 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 recibe 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. También podrá 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 médico, pariente, amigo, abogado o cualquier otra persona. Puede nombrar a una persona para que lo represente escribiendo una carta dirigida a Superior donde 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 envió por correo el aviso sobre su decisión de la apelación interna o (2) el día en que se reducirá o finalizará su servicio, según lo notificado en el aviso sobre la decisión de la apelación interna del plan médico.

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 una 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 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 la 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 el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
   a) Ser tratado justa y respetuosamente.
   b) Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el 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 verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o Proveedor de una amera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
   a) Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de PCP.
   b) Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y do escoger a un proveedor de ese plan.
   c) Cambiar de PCP.
   d) Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
   e) Recibir información sobre cómo cambiar de kan de salud o de PCP.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho a:
   a) Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
   b) Recibir explicaciones de por que se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
   c) Recibir información sobre su salud, el plan, los servicios y los proveedores.
   d) Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisionses sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho a:
   a) Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cual atención médica es mejor para usted.
   b) Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
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. 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) Recibir una respuesta oportuna a su queja.
   c) Usar el proceso de apelación del plan y a que le informen cómo hacer uso de este proceso.
   d) Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso
   e) 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 a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:

a) Tener acceso teléfono a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días a la semana para recibir cualquier atención de emergencia o de urgencia que necesite.
b) Recibir atención médica de manera oportuna.
c) Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
d) Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
e) Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo 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 el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio 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. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   a) Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
   b) Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
   c) Saber que otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   a) Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
   b) Escoger su plan de salud y su PCP sin demora.
   c) Hacer cualquier cambio de plan de salud y de PCP, según lo indiquen Medicaid y el kan de salud.
   d) Acudir a las citas programadas.
   e) Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
   f) Siempre llamar primero a su PCP para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
   g) Estar seguro de que tiene la aprobación de su PCP antes de consultar a un especialista.
   h) Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su PCP toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   a) Informar a su PCP sobre su salud.
   b) Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntareis sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
   c) Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:

a) Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
b) Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
c) Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
d) Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
e) Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

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.

Si cree que lo trataron injustamente o lo discriminaron, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede consultar información sobre la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos por Internet en hhs.gov/ocr.

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

- Información sobre Superior y los proveedores de nuestra red, como mínimo, doctores de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluye nombres, direcciones, números de teléfono, idiomas hablados (aparte del inglés), identificación de los proveedores que no aceptan pacientes nuevos y calificaciones de cada proveedor de la red, como estas:
  - Calificaciones profesionales.
  - Especialidad.
  - Universidad de Medicina 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, llame a los Servicios para miembros al 1-800-783-5386 o visite nuestro sitio web en 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 pueden obtener beneficios los miembros, incluso autorizaciones previas, 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 normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
  - La explicación de un estado médico de emergencia, y do los servicios de emergencia y de posestabilización.
  - El hecho de que no necesite la autorización previa de su PCP para recibir atención de emergencia.
  - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o sus equivalente local.
  - Las direcciones 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 descirbe cómo se puede usar y divulgar los datos médicos suyos 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 1-800-783-5386. 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: También recibirá un aviso de privacidad del estado de Texas en el que se explica los reglamentos que tienen acerca de sus expedientes médicos. 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 hijo sólo puede compartir estos datos al personal que está ayudando con la atención de su hijo. Estos datos se pueden compartir con otros sólo cuando usted está de acuerdo. Superior trabajará junto con sus proveedores de tratamiento de trastornos físicos y mentales o por consumo de sustancias o los de su hijo para brindarle a usted/su hijo la atención que necesita.

Los empleados de Superior HealthPlan 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 REVELAR 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 1-800-783-5386. Las personas con problemas auditivos deben llamar a TTY 1-800-735-2989.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono: 1-800-783-5386 (TTY 1-800-735-2989).

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

Obligaciones de las entidades cubiertas:

Superior HealthPlan es una Entidad cubierta según define y regula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996. Superior 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.

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 u otro proveedor de atención médica, incluido su

médico de atención primaria (PCP), 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.
  - Al Departamento de Estado para realizar determinaciones de idoneidad médica.
  - Para realizar actividades de inteligencia.
  - 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.

Aviso de Prácticas de Privacidad

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. También le indicaremos cómo solicitar dicha revisión o si la denegación no puede ser revisada.
- **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: 1-800-537-7697) o visite 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

Preguntas sobre este Aviso: 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

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 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.
- **Proveedor participante.** Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.

Glosario de términos

- **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