STAR Kids

Manual para Miembros

www-es.SuperiorHealthPlan.com

SHP_202613350 09_2026

Números importantes

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros al 1-844-590-4883. 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 1-844-590-4883. Él puede responder sus preguntas relacionadas con la salud. Estos/as enfermeros/as responden a sus preguntas sobre el programa STAR Kids, los servicios cubiertos, la población de STAR Kids y los recursos de los proveedores. Puede llamar al 1-844-590-4883. 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 1-844-590-4883
Línea de ayuda del program STAR Kids 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 1-844-590-4883
Relay Texas/Línea TTY (personas sordas/con problemas auditivos) 1-800-735-2989
Línea de ayuda de farmacias 1-844-590-4883
Programa de Transporte Médico de Superior proporcionado por SafeRide Health 1-855-932-2318
Teladoc (servicios de telesalud) 1-800-835-2362
Norman MD (Servicios de telesalud) 1-512-421-5678
Cuidado de la vista (Centene Vision Services) 1-844-319-6110
Cuidado dental ..... 1-800-516-0165 (DentaQuest)
..... 1-855-691-6262 (MCNA Dental)
..... 1-877-901-7321 (United Healthcare Dental)
Salud del comportamiento 1-844-590-4883
Línea de crisis del abuso de alcohol o drogas 1-844-590-4883
Defensor de miembros 1-844-590-4883

Salud de Comportamiento

Puede obtener ayuda de inmediato por problemas de salud del comportamiento y/o trastorno por consumo de sustancias llamando al 1-844-590-4883. 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 1-844-590-4883 para obtener ayuda. También puede llamar y enviar mensajes de texto al 988, o chatear con el mismo número. La Línea 988 para la Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana 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 1-844-590-4883 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.

Administración de servicios

Los coordinadores de servicios de Superior están a su disposición para ayudarlo a coordinar la atención médica y de salud del comportamiento para usted o su hijo. También podemos ayudarlo a comprender sus servicios y beneficios. Llámenos al 1-844-433-2074.

Números importantes

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

El Programa de Transporte Médico de Superior (servicios de NEMT) proporciona transporte para concurrir a citas de atención médica sin carácter de emergencia para aquellos miembros que no dispongan de otras opciones de traslado. SafeRide Health es la empresa encargada de prestar los servicios de transporte para los miembros de Superior. Llame para solicitar transporte al 1-855-932-2318 (TTY 7-1-1), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora estándar central (CT). Para saber dónde está su transporte, llame al 1-855-932-2319, de lunes a sábado de 4:00 a.m. a 8:00 p.m. CT. SafeRide Health cuenta con personal que habla inglés y español y, si habla otro idioma, también ofrece servicios de interpretación. Si es sordo o tiene problemas auditivos, llame al TTY 7-1-1 para pedir ayuda. Para obtener más información, consulte la página 18.

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 ເຊິ່ງລວມມີການແປເອກະສານ, ລ່າມແປພາສາປາກເປົ່າ, ພ້ອມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອນີ້, ໃຫ້ໂທຫາເບີທີ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງບັດ Superior ID ຂອງທ່ານ (TTY: 1-800-735-2989).

Tabla de contenidos

Introducción
- Acerca de su plan de salud 1
- Portal y aplicación móvil para miembros de Superior 2
- Su tarjeta de indentificación de miembro de Superior 3

Medicaid
- Tarjeta de beneficios "Your Texas Benefits" 4
- Medicaid y el seguro médico privado 5
- Cómo renovar su cobertura Medicaid 6
- Qué tengo que hacer si me mudo 6
- Qué debe hacer si es miembro del programa AAPCA y necesita cambiar su dirección o número de teléfono.... 6
- Pérdida de cobertura de Medicaid 6
- Programa limitado de Medicaid 6

Recibir atención médica – proveedores de cuidado primario
- Su proveedor de cuidado primario 7
- Cambiar su proveedor de cuidado primario 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 10
- Proceso para ser admitido as hospital 10

Recibir atención médica – sólo para mujeres
- Cómo obtener servicios de un obstetra ginecólogo para usted o su hija 11
- Escoger un ginecoobstetra 11

Recibir atención médica – mujeres embarazada 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
- Recursos para la salud mental materna 13

Recibir atención médica – programas especiales de salud
- Programa de Salud para la Mujer de Texas 14
- Programa de Servicios de Atención Médica Primaria de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) ...14
- Programa de servicios para el cáncer de seno y cervical 15
- Programa de Planificación Familiar 15

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

Tabla de contenidos

Cambiar su plan de salud
Cambiar su plan de salud 17
Cuando le piden que se salga de Superior HealthPlan 17
Cómo facilitar la atención - ayuda para acceder a 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
¿Qué significa atención médica? 23
Necesidad médica 26
Beneficios y servicios
Sus beneficios 27
Límites a los servicios 27
Servicios que no se cubren 28
Servicios y soportes a largo plazo (LTSS) 29
Centros de atención pediátrica prolongada indicada (PPECC) 29
Recibir atención en un centro geriátrico 30
Servicios dirigidos al consumidor 31
La Intervención temprana para niños (ECI, por sus siglas en inglés) 32
Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW, por sus siglas en inglés) 32
Equipo medico duradero (DME) 33
Servicios de análisis del comportamiento aplicado (ABA) 33
Salud de comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
Proceso para ayudar con problemas de salud del comportamiento y drogas 34
¿Cómo saber si necesita ayuda? 34
¿Qué hacer en una emergencia de salud del comportamiento? 34
¿Qué debe hacer si usted o su hijo ya esta bajo tratamiento? 35
Rehabilitación de salud mental y Administración de casos especializada 35
Modelo de atención colaborativa 35
Cuidado de la vista
Cómo obtener atención oftalmológica para usted o para su hijo/a 36
Cuidado dental
Proceso para obtener cuidado de la dental 36
Cuidado dental de emergencia 36
Servicios especiales
Coordinador de servicios 37

Tabla de contenidos

Servicios y entornos alternativos 37
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos 37
Cómo obtener Programa de Hospitalización Parcial y los servicios ambulatorios intensivos 38
Solicitar una apelación de servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos 38
Qué debe hacer si eres un trabajador agrícola itinerante 38
Ayuda para necesidades especiales de atención médica 39
La verificación electrónica de visitas (EVV) 39
El especialista en transiciones 40
El servicio "Health Home" 40
Servicios para lesbianas, gais, bisexuales, transgénero o aquellos que no están seguros de su orientación sexual (LGBTQ+) 41
Administración de la atención 41
Programas del tratamiento de la enfermedad 42
Programa de asma 42
Programa para trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 42
Programa para la depresión 42
Programa de diabetes 43
Programa de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo 43
Programa de estilo de vida 43
Programa de tratamiento por consumo de sustancias durante el embarazo 44
Programa contra la anemia drepanocítica 44
Servicios de planificación familiar
Obtener servicios de planificación familiar 45
Encontrar un proveedor de planificación familiar 45
Pasos Sanos de Texas
Acerca de Pasos Sanos de Texas 46
¿Cuándo debe obtener cuidados de Pasos Sanos de Texas para su hijo? 46
Hacer una cita de Pasos Sanos de Texas 46
Chequeos médicos y dentales 47
Cancelar una cita de Pasos Sanos de Texas 48
Cuidados de Pasos Sanos de Texas cuando está fuera de la ciudad 48
Obtener cuidados de Pasos Sanos de Texas si me he mudado 48
Cuidados de Pasos Sanos de Texas para trabajadores de campo 48
Farmacia
Obtener recetas 49
¿Qué debe hacer si tiene problemas para obtener recetas? 49
Beneficios de bonos y servicios
Otros beneficios para miembros de Superior 51
Ayuda para comprender sus beneficios 55
Cómo encontrar nuevos tratamientos 55
Educación de la salud
Clases educación de la salud de Superior 57
Programa Head Start 57

Tabla de contenidos

Directivas anticipadas
¿Qué hacer si está muy enfermo para tomar una decisión médica? 59
Facturación
¿Qué debe hacer si recibe una factura de su médico? 60
Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios
Presentar una queja....61
Obtener ayuda para presentar una queja 61
Servicios negados o limitados....62
Solicitar una apelación interna del plan médico 63
Continuación de los servicios autorizados actuales 63
Obtener ayuda para presentar una apelación....63
Los plazos de tiempo del proceso de apelación 63
Apelaciones externas 64
Revisiones médica externa 64
Solicitar una audiencia imparcial estatal....65
Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación 67
Derechos y responsabilidades
Derechos del miembro 68
Responsabilidades del miembro 69
Información disponible para el miembro 70
Confidencialidad 72
Aviso de prácticas de privacidad....73
Derechos y responsabilidades de la verificación electrónica de visitas (EVV)....79
Fraude, despilfarro y abuso
Reportar fraude, despilfarro y abuso por parte de la persona que recibe atención Medicaid 85
Denunciar fraude, despilfarro y abuso por parte del proveedor 85
Glosario de términos 86

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 1-844-590-4883.

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 Kids. Superior trabaja con la 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 chequeos regulares, visitas por enfermedad, atención preventiva y atención especializada de un proveedor del programa STAR Kids 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 Kids 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.

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

Para recibir más información, llame a Servicios para miembros de Superior al 1-844-590-4883.

Recuerde:

- Lleve su identificacion de Medicaid, así como su identificación de Superior en todo momento.
- 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 1-844-590-4883.
- Si no se puede comunicar con su doctor, llame a Superior al 1-844-590-4883.
- Estamos aquí para atenderle las 24 horas al día, 7 días a la semana.

¡Gracias por elegir a Superior HealthPlan!

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

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

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

Para obtener más información, consulte la página 2.

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.

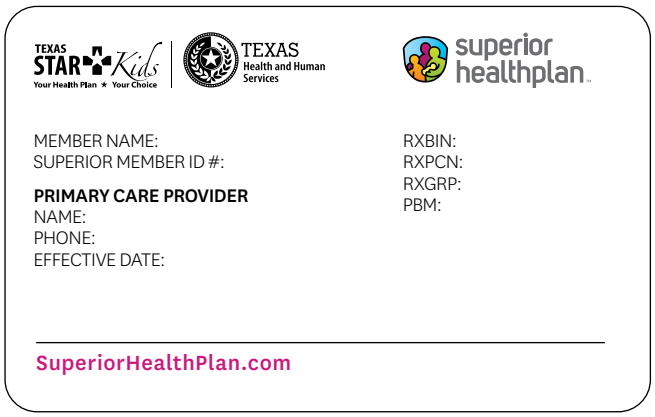
Si tiene preguntas, llame a los Servicios para miembros al 1-844-590-4883.

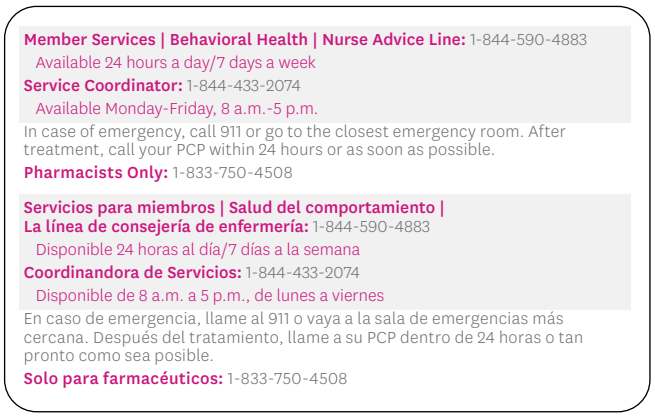
Introducción

Su tarjeta de identificación de miembro de Superior

Debería recibir su tarjeta de identificación de miembro de Superior 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 1-844-590-4883. 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 Kids 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. El proveedor de usted o de su hijo necesitará los datos que figuran en 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 miembro de Superior, si se cambia de nombre o si necesita escoger otro doctor o PCP, llame a Superior al 1-844-590-4883. Recibirá una nueva tarjeta de identificación. También puede iniciar sesión en el Portal seguro para miembros o en la Aplicación móvil para miembros, guardar una versión digital de su tarjeta de identificación o solicitar su tarjeta de identificación por correo postal. Consulte la página 2 para obtener más información.

La información sobre su plan de salud o el de su hijo está disponible en línea en www-es.SuperiorHealthPlan.com. También puede solicitar copias impresas de esta información contactando a Servicios para miembros.

La 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. Le proporcionarán un formulario de verificación temporal - Formulario 1027-A. Puede utilizar este formulario hasta que reciba otra tarjeta.Si tiene dudas sobre si usted o su hijo/a están cubiertos por Medicaid, puede averiguarlo llamando sin cargo al 1-800-252-8263. 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 de envío de 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)
  - Atención para pacientes terminales
  - Programa STAR Kids
  - 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):

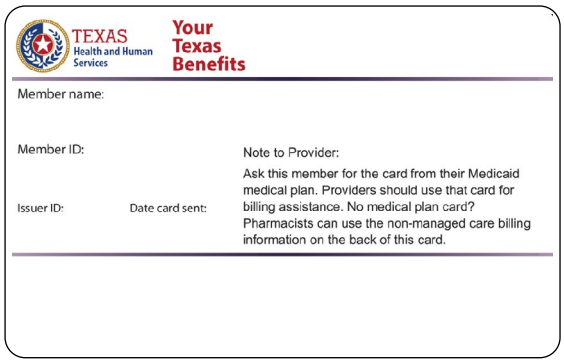
- Ver, imprimir o pedir una nueva tarjeta de YTB de Medicaid.
- Ver sus planes de seguro médico y dental.
- Ver los detalles de sus beneficios.
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas.
- Ver las alertas públicas.
- Ver los diagnósticos y tratamientos.
- Ver su historial de vacunas.
- Ver los medicamentos recetados.
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental.

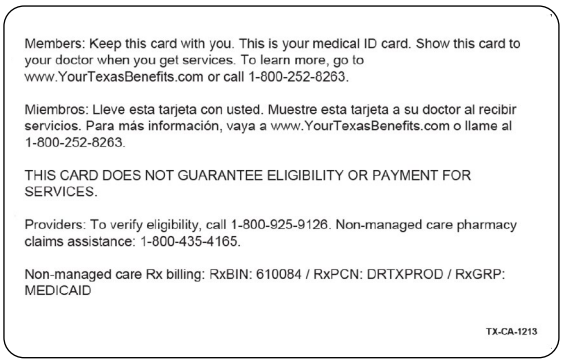
Medicaid

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.


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


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

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

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.

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

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

TX-CA-1213

Recuerde: Debe llevar su tarjeta de identificación de miembro de Superior y de Medicaid (o las de su hijo/a, según corresponda) en todo momento.

Medicaid y el seguro privado

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

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

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

Puede llamar gratis a la línea directa al 1-800-846-7307. Además, debe llamar a Superior al 1-844-590-4883 si su seguro privado es cancelado o si obtiene una nueva cobertura de seguro. Si tiene otro seguro, aun puede llenar los requisitos de Medicaid. Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

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

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.

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 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 1-844-590-4883 si tiene alguna pregunta sobre la renovación de sus beneficios de Medicaid.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Apenas tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de la beneficios del Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) llamando al 2-1-1 y luego llame a Servicios para miembros de Superior al 1-844-590-4883. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a Superior, salvo 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 Assistance (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 pasa si pierdo 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 plan de salud diferente no cambiará su estado en el programa. Para evitar que lo pongan en el Programa Lock-in de Medicaid:

- Elija una ubicación de farmacia a la que acudirá 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 más información, llame al Superior a 1-844-590-4883.

Recibir atención médica – proveedores de cuidado primario

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

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

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

Es posible que tenga otro seguro de salud. Puede incluir una cobertura privada o Medicare. Puede seguir viendo a su médico de atención primaria (PCP) que no forma parte de la red de Superior siempre que sea parte de la red de su compañía de seguro privado.

¿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 1-844-590-4883 para pedir ayuda.

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 1-844-590-4883.

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

Su PCP es su médico o el de su hijo y tiene la responsabilidad de atenderlo a usted o a su hijo. Se ocupa de conservar su historia clínica, coordinar con los especialistas que participan en su atención o la de su hijo y conocer qué medicamentos está tomando usted o su hijo; asimismo es la persona más adecuada para asegurarse de que usted o su hijo esté recibiendo la atención que necesita. Por eso es muy importante que se mantenga con el mismo doctor.

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

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 1-844-590-4883. 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.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo?

No existe un límite para la cantidad de veces que puede cambiar de proveedor de atención primaria (PCP), tanto para usted como para su hijo. Puede cambiar de PCP desde la aplicación móvil de Superior o el Portal seguro para miembros, o llamándonos sin costo alguno al 1-844-590-4883. Los miembros pueden enviar el Formulario para solicitar un cambio de proveedor de atención primaria (PCP) por correo postal a:

Superior HealthPlan
Attn: Servicios para miembros
5900 E. Ben White Blvd., Building D
Austin, Texas 78741

El formulario también puede enviarse por fax al 1-866-918-4447.

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

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

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

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

- Su nuevo doctor no quiera recibir más pacientes.
- Su nuevo doctor no es un PCP de Superior.

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

Sí. Si el doctor suyo considera que usted no está siguiendo sus consejos médicos o si usted falta demasiado a las citas, el doctor puede pedirle que se cambie a otro doctor. El doctor suyo le enviará una carta avisándole que necesita encontrar otro doctor. Si esto sucede, llame a Superior al 1-844-590-4883. Le ayudaremos a encontrar un doctor nuevo.

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

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

Si su médico se retira de su área, llame a Superior al 1-844-590-4883 y le ayudaremos a elegir otro médico cerca de 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 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 1-844-590-4883.

Plan de incentivos para doctores

Superior HealthPlan recompensa a los médicos por tratamientos que reduzcan o limiten los servicios a personas cubiertas por Medicaid. Sin embargo, los médicos que forman parte de un plan de incentivos no reducen ni limitan los servicios médicamente necesarios. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico principal) es parte de este plan de incentivos médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al 1-844-590-4883 para más información al respecto.

Recibir atención especializada

¿Qué es un especialista? ¿Qué pasa si yo o mi hijo/a necesitamos consultar a un 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 referencia?

Su doctor hablará con usted acerca de sus necesidades o las de su hijo, y le ayudará a planificar una consulta con un especialista. Esto se llama "referencia". Su doctor trabajará estrechamente con el especialista para coordinar los servicios y garantizar que reciba la atención que usted o su hijo necesitan.

¿Necesito una referencia para consultar a un especialista?

No necesita una referencia de Superior para consultar a un especialista. Sin embargo, si usted es un paciente nuevo, es posible que algunos especialistas requieran una referencia de su proveedor de atención primaria (PCP). Si su hijo tiene una relación existente con un especialista, no se necesitará una referencia de su PCP.

¿Qué servicios no requieren un referido?

Usted no necesita un referido para:

- Servicios de emergencia verdadera
- Atención de Obstetricia/Ginecología
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios dentales (para niños)
- Servicios de planificación familiar

¿Qué sucede si el especialista de mi hijo no está en la red de Superior?

Durante sus primeros 90 días como miembro de Superior, puede seguir acudiendo a un médico especialista de Medicaid fuera de la red con el que tenga una relación existente, incluidos los proveedores fuera del área de prestación de servicios, con la excepción de que si usted o su hijo están asignados al nivel 1 de coordinación de servicios, podrá seguir acudiendo a su proveedor especialista fuera de la red. Tenga en cuenta que todos los proveedores deben ser aprobados por Medicaid, y los servicios prestados deben estar cubiertos por Medicaid. No se requieren autorizaciones para las visitas a consultorios. Es posible que todavía se requieran autorizaciones para los servicios y tratamientos. Si usted o su hijo recibe servicios de un especialista que no es un proveedor de Medicaid y/o que no acepta su plan del seguro principal, usted podría tener que hacerse cargo de la factura.

Superior trabajará con usted y su especialista para garantizar que usted o su hijo siga recibiendo atención hasta que el especialista se incorpore a la red de Superior o usted o su hijo realice la transición a un proveedor que pertenezca a la red. Si consulta a un especialista que no es proveedor de Superior o que no acepta Medicaid, es posible que reciba una factura de su proveedor.

Es posible que tenga otro seguro de salud. Puede incluir una cobertura privada o Medicare. Puede seguir viendo a su especialista que no forma parte de la red de Superior siempre que sea parte de la red de su compañía de seguro privado. Su proveedor comercial deberá estar inscrito en Medicaid para facturarle a Superior los servicios no cubiertos por su seguro privado.

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

En algunas situaciones, el especialista puede atender a su hijo/a o a usted de forma inmediata. Dependiendo de la necesidad médica, podría tomar hasta tres (3) semanas obtener una cita para ver al especialista.

¿Qué sucede si mi hijo necesita servicios de emergencia o urgencia de un especialista?

No se necesita una referencia ni una autorización para obtener servicios de emergencia o urgencia si el proveedor está

inscrito en el programa de Texas Medicaid. Si el especialista no es proveedor de Superior o Medicaid, es posible que usted reciba una factura. Tenga en cuenta: Si se proporcionaron servicios de urgencia o emergencia en un consultorio, su proveedor debe comunicarse con Superior tan pronto como sea posible después de la visita ya que algunos servicios requieren una autorización.

¿Qué es una autorización? ¿Cuándo necesito una?

Algunos servicios o tratamientos proporcionados en el consultorio del especialista pueden necesitar la aprobación de Superior. Esto se llama autorización. Comuníquese con Superior al 1-844-590-4883 para saber qué servicios o tratamientos requieren autorización previa.

Mi hijo ya cuenta con un especialista o PCP, y tenemos seguros privados/Medicare. ¿Podemos seguir consultándolos?

Sí. Si su hijo tiene Medicare o un seguro privado, usted no necesita una referencia o autorización de Superior. Su hijo puede seguir consultando a sus especialistas o PCP si el plan de Medicare o los seguros privados los aceptan. Si su proveedor se retira de la red, Superior puede ayudarle a buscar un proveedor nuevo.

¿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.

¿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.

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

¿Qué pasa si yo o mi hijo/a 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 usted o su hijo/a necesitan ir a la sala de emergencias, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de Superior disponible las 24 horas al 1-844-590-4883. Nuestro personal de enfermería está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Llame a Teladoc al 1-800-835-2362 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite Teladochealth.com/Superior.

Consejo de la salud de Superior

Al cumplir los 2 años, todos los niños deben hacerse al menos un examen de sangre de detección de plomo.

Recibir atención médica – sólo para mujeres

¿Qué sucede si yo o mi hija necesitamos atención de un obstetra ginecólogo?

Usted/su hija puede recibir servicios obstétricos y ginecológicos de su médico. También puede elegir un obstetra ginecólogo especialista para que se ocupe de las necesidades que usted/su hija tenga sobre la salud de la mujer. Un obstetra ginecólogo puede ayudar con la atención de un embarazo, realizar chequeos médicos anuales u ocuparse de las necesidades que usted/su hija tenga sobre la salud de la mujer. Para estos servicios, usted/su hija no necesita una remisión de su médico. El obstetra ginecólogo y el médico trabajarán en conjunto para garantizarle a usted/su hija la mejor atención.

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

- Obstetras
- Ginecólogos
- Enfermeras parteras acreditadas

¿Tengo derecho a elegir un obstetra ginecólogo como proveedor de cuidados primarios para mí o mi hija? ¿Necesitaré un referido?

Superior tiene algunos obstetras ginecólogos que pueden ser el médico de atención primaria (PCP) de usted/su hija. Si necesita ayuda para escoger a un ginecoobstetra, llame a Superior al 1-844-590-4883.

Superior le permite escoger un obstetra ginecólogo, independientemente de si ese médico está en la misma red del médico de atención primaria (PCP) de usted/su hija. Usted/su hija tiene derecho a escoger un obstetra ginecólogo sin una referencia de su PCP. Los servicios de obstetricia y ginecología incluyen, entre otros, los siguientes:

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

¿Cómo escoger un ginecoobstetra?

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 doctor”. 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 1-844-590-4883. Si usted/su hija está embarazada, su obstetra ginecólogo debe verla dentro de las dos (2) semanas de su solicitud. Una vez que elige un obstetra ginecólogo para usted/su hija, debe consultar siempre al mismo profesional en cada visita para que así pueda conocer sus necesidades de atención médica o las de su hija.

¿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.

¿Puedo yo/mi hija consultar a un obstetra ginecólogo que no pertenezca a la red de Superior?

Si su obstetra ginecólogo, o el de su hija, no pertenece a la red de Superior, llame a los Servicios para miembros al 1-844-590-4883. 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 – mujeres embarazada y madres nuevas

¿Qué sucede si yo o mi hija estamos embarazadas? ¿A quién debo llamar?

Si usted/su hija está o podría estar embarazada, programe una cita con un doctor. El doctor confirmará si usted/su hija está embarazada o no, y le indicará a usted/su hija cómo cuidar del futuro bebé. Llame a Superior al 1-844-590-4883 para recibir ayuda para encontrar un Administrador de la atención en el embarazo si usted/su hija necesita atención adicional. Superior cuenta con programas especiales para embarazadas adolescentes y embarazos difíciles.

Si contacto a mi obstetra ginecólogo para programar una cita, ¿con qué rapidez podemos recibir atención?

Si usted/su hija está embarazada, el doctor las debe atender en un periodo de dos (2) semanas después de la solicitud de su 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 responderá sus preguntas sobre el parto, el cuidado del recién nacido y los hábitos de alimentación. Superior también organiza baby showers educativos virtuales para enseñarle más sobre su embarazo y su nuevo bebé. Para obtener más información, visite nuestro sitio web ingresando a SuperiorHealthPlan.com/Eventos o llame a Servicios para miembros al 1-844-590-4883.

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

¿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. Después que el bebé cumpla 30 días de edad, también podrá cambiar el doctor del bebé si desea un doctor diferente al que escogió originalmente.

Por favor, tenga en cuenta: Esto no es aplicable a los miembros de STAR Kids con doble elegibilidad. Si tiene Medicare y Medicaid, se considera que usted reúne requisitos duales.

¿Qué hago para inscribir a mi bebé recién nacido?

Si es miembro de Superior cuando tiene a su bebé, este será inscrito en Superior STAR en la fecha de su 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. Ademas, comuniquese con la Comision 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 tan pronto como sea posible para que pueda recibir toda la atención médica que necesite.

Recibir atención médica – mujeres embarazada 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. Verificaremos con usted la fecha de nacimiento correcta de su bebé, y confirmaremos que el nombre que tenemos de su bebé también esté correcto.

Llame a su administrador de casos después de que nazca su bebé. No es necesario esperar hasta que tenga el número de seguro social de su bebé para inscribir a 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 1-844-590-4883 o visite nuestra herramienta "Encuentre un proveedor" en www-es.SuperiorHealthPlan.com.

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.

Ayuda y apoyo

Si tiene preguntas sobre el acceso a servicios de salud mental materna, o si necesita ayuda para encontrar un proveedor, nuestro equipo de Servicios para miembros puede brindarle ayuda. Para más información, comuníquese con Servicios para miembros llamando al 1-844-590-4883, o visite nuestro sitio web, www-es.SuperiorHealthPlan.com.

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

Recibir atención médica – programas especiales para la 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, Salud y Servicios Humanos de Texas 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. Healthy Texas Women Plus se proporcionará en el período posparto durante no más de 12 meses después de la fecha de inscripción. 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 HTW 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:

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

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

Programa de Servicios de Atención Médica Primaria 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, incluso vacunas y educación sobre la 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.

Podrá solicitar servicios de atención médica primaria en ciertas clínicas de su área. Para encontrar una clínica donde hacerlo, visite el localizador Encuentre un médico de Health Texas Women en https://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/services/health/primary-health-care-program
Teléfono:	1-512-776-5922 1-800-222-3986 (línea gratuita)
Correo electrónico:	PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

Recibir atención médica – programas especiales para la salud

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

El Programa de servicios para el cáncer de seno y cervical brinda servicios de atención primaria, preventivos y de detección a mujeres de 18 a 64 años cuyos ingresos sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por de la HHS. Los trabajadores sanitarios de la comunidad ayudarán a garantizar que las mujeres reciban los servicios preventivos y de detección que necesitan, como el examen clínico de mamas, la mamografía, el examen pélvico y la prueba de papanicolaou. Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en https://healthytexaswomen.org/es/encuentre-un-medico.

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

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

Programa de planificación familiar de 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 una clínica en su región, visite healthytexaswomen.org/find-doctor.

Para obtener más información sobre los servicios que puede recibir a través del Programa de planificación familiar, visite el 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@hhs.texas.gov

Consejo de salud de Superior

Para recuperarse y estar bien, visite nuestra página web con formularios y enlaces útiles: https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/helpful-links.html.

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 1-844-590-4883. 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 1-844-590-4883. Nuestras enfermeras están listas para atenderle las 24 horas al día, 7 días a la semana. También puede llamar a Teladoc para problemas médicos que no sean de emergencia cuando el consultorio de su proveedor de cuidados primarios (PCP) esté cerrado. Llame a Teladoc al 1-800-835-2362 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite Teladochealth.com/Superior. Le recomendamos también que considere ir a un centro de atención de guardia/de urgencia. 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 1-844-590-4883 y le ayudaremos a encontrar un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya al hospital cercano, luego llámenos gratis al 1-844-590-4883.

¿Qué hago si estamos fuera del estado yo o mi hijo?

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

¿Qué hago si 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 Kids al 1-800-964-2777. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera. Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día 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.

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

Puede cambiar de plan médico tan a menudo como quiera. Si la miembro solicita cambiar de organización de atención médica administrada (MCO) en la fecha límite estatal mensual o antes, el cambio de plan entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la solicitud de cambio. Si la miembro solicita cambiar de MCO después de esta fecha, el cambio entrará en vigencia el primer día del segundo mes posterior a la solicitud de cambio. **Nota**: La fecha límite estatal no siempre es el mismo día todos los meses, pero generalmente ocurre a mediados de mes.

¿Puede pedirme Superior HealthPlan que salga de su plan?

Sí. Superior podría pedir que le saquen a un miembro del plan cuando hay “buena causa”. 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 el personal.
- Envío de comunicaciones digitales inapropiadas, amenazantes o explícitas.
- Robo.
- Dejar que otra persona utilice su tarjeta de identificación.
- Faltar reiteradamente a las citas.

Superior no le pedirá que salga del programa sin tratar de resolver con usted el problema. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame a Superior al 1-844-590-4883. La Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) decidirá si se le puede pedir a un miembro que salga del programa.

Telesalud se ofrece de manera gratuita

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

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

¿Puedo tener un traductor cuando hablo con el doctor 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 1-844-590-4883 (TTY 1-800-735-2989).

También puede llamar a Servicios para miembros al 1-844-590-4883 si necesita que alguien lo/la acompañe a una visita médica para ayudarle a entender el idioma. Superior colabora estrechamente con empresas que cuentan con personas que hablan diferentes idiomas y que también pueden actuar como intérpretes de lenguaje de señas.

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoreo del transporte y uso responsable

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

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

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

SafeRide Health

Centro de llamadas/citas: 1-855-932-2318; TTY: 7-1-1
Horario: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. CT
Where's My Ride (para verificar la ubicación del transporte): 1-855-932-2319; TTY: 7-1-1
Horario: De lunes a sábado de 4:00 a.m. a 8:00 p.m. CT

¿Cómo puedo saber dónde se encuentra mi transporte?

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

¿Cómo modifico o cancelo mi viaje?

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

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

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

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 revistan emergencia. Puede recibir asesoramiento médico, un diagnóstico y una receta cuando sea adecuado.

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

- La visita de telesalud con un proveedor de la red de Superior no requiere autorización previa.

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

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

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

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

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

Historia clínica digital

¿Qué opciones tengo para gestionar mi historia clínica digital?

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

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

*A partir de 2022, la parte de esta norma relativa al intercambio de datos entre pagadores permitirá a los miembros antiguos y actuales de un plan solicitar que su historia clínica los siga 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 lo verá dentro de las dos semanas (antes si posible). Si necesita ver a un médico especialista, entonces el médico debe verlo a usted dentro de tres (3) semanes. Los niños deben ser atendidos de acuerdo al horario de fechas de los chequeos médicos de Pasos Sanos de Texas.

Vea la sección de fechas de Pasos Sanos de Texas. A Superior le dará mucho gusto ayudarle a conseguir una cita, simplemente llámenos al 1-844-590-4883.

Debe ser atendido por un proveedor de Superior para la atención urgente y de rutina. Siempre puede llamar a Superior al 1-844-590-4883 si necesita ayuda para escoger un proveedor de Superior.

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

¿Qué es la atención médica urgente?

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

- Quemaduras o cortadas pequeñas
- Dolores de 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 Medicaid de Superior. Para recibir ayuda, llámenos gratis al 1-844-590-4883. También puede llamar a Línea de asesoramiento de enfermería de Superior, disponible las 24 horas al 1-844-590-4883 para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

Si el consultorio de su proveedor de cuidados primarios (PCP) está cerrado, también puede llamar a Teladoc para problemas médicos que no sean de emergencia. Llame a Teladoc al 1-800-835-2362 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite Teladochealth.com/Superior. Los miembros que son pacientes de Austin Regional Clinic de Central Texas (los condados de Bastrop, Caldwell, Hays, Travis y Williamson) pueden contactarse con Norman MD 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 deberían atenderme?

La atención médica de emergencia se presta para los padecimientos médicos y salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. El tiempo de espera en una emergencia depende de sus necesidades médicas y lo determina el centro de emergencias que lo esté tratando.

¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de salud del comportamiento de emergencia?

Una emergencia o afección médica de emergencia es una dolencia que se manifiesta con síntomas agudos de inicio reciente y suficiente severidad (lo que incluye dolor severo), que una persona prudente, que posee un conocimiento

medio de salud y medicina, podría esperar que la ausencia de atención médica inmediata podría resultar en:

- 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.

Llame a Superior: disponible las 24 horas del día

¿Tiene una pregunta sobre la salud? Llame a la línea de asesoramiento de enfermería de Superior: disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Simplemente llame al 1-844-590-4883.

¿Qué significa atención médica?

¿Adónde debería ir para recibir atención?

Cuando se enferma o lesiona, tiene varias opciones para obtener la atención que necesita. Use nuestra herramienta "Encuentre un proveedor" en www-es.SuperiorHealthPlan.com para encontrar un doctor de la red de Superior, o llame a Servicios para afiliados al 1-844-590-4883. También puede usar la Aplicación móvil de Superior o el Portal seguro para miembros para encontrar un proveedor.

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

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

Vea a su PCP si necesita:

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

¿Necesita consultar a su psiquiatra?

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

Consulte al psiquiatra en los siguientes casos:

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

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

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

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

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

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

¿Necesita llamar a 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

¿Necesita servicios de telesalud?

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.

¿Qué significa atención médica?

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.

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 49.

¿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?

¿Qué significa “médicamente necesario”?

Servicios cubiertos para miembros de STAR Kids 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

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

El doctor colaborará con usted para asegurar que reciba los servicios que necesita. Estos servicios deben ser ofrecidos por su doctor o ser referidos por su doctor a otro proveedor. La siguiente lista le indica alguos de los servicios médicos que puede recibir de Superior:

- Atención para miembros para trastornos por consumo de alcohol y sustancias
- Visitas al doctor (para atención preventiva de niño y de adulto, y para cuando esté enfermo)
- Atención médica de emergencia
- Examen de la vista y anteojos para niños y adultos
- Planificación familiar—incluye anticonceptivos, suministros y educación
- Cuidado de los pies (si es médicamente necesario y con referido)
- Atención médica en el hogar-requiere un referido
- Atención en el hospital (paciente interno y externo)
- Exámenes de laboratorio y rayos X
- Cuidado de la salud mental
- Atención de una enfermera partera
- Terapia ocupacional – requiere una derivación
- Terapia física – requiere una derivación
- Cuidados durante el embarazo
- Medicamentos recetados
- Visitas a especialistas – (algunos podrían requerir un referido)
- Terapia del habla – requiere una derivación
- Pasos Sanos de Texas (chequeos médicos y vacunas para niños)
- Servicios de trasplantes
- Servicios de salud para la mujer

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

- Transporte a las citas médicas
- Exámenes de audición y audífonos 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 1-844-590-4883.

¿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.

Beneficios y servicios

Cuáles servicios no están cubiertos?

La lista siguiente contiene algunos servicios que no cubre ni el programa STAR Kids ni Superior. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-844-590-4883.

- Servicios o artículos que sirven sólo para propósitos cosméticos.
- Artículos para la limpieza y el arreglo personal.
- Artículos utilizados para la incontinencia (por ejemplo, pañales desechables para adultos).
- Servicios que se consideran como experimentales o para la investigación.
- Servicios recibidos de un Proveedor que no está inscrito en Medicaid.
- Cirugía de reafirmación de género.
- Servicios no aprobados por el doctor, a menos que la aprobación del doctor no sea necesaria (es decir, planificación familiar, Pasos Sanos de Texas y salud del comportamiento).
- Cuidados que no tengan necesidad médica.
- Abortos, excepto en la forma permitida por la ley.
- Servicios de infertilidad.

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

El doctor colaborará con usted para asegurar que reciba los servicios que necesita. Estos servicios deben ser ofrecidos por su doctor o ser referidos por su doctor a otro proveedor. La siguiente lista le indica algunos de los servicios médicos que puede recibir de Superior:

- Servicio de ambulancia
- Servicios de audiología (incluye audífonos)
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios de centro de maternidad
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis
- Equipo médico durable y suministros
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Atención médica en el hogar (requiere un referido)
- Laboratorio
- Chequeos médicos (incluye Pasos Sanos de Texas para niños de 20 años y menores)
- Centro de atención geriátrica
- Optometría, anteojos y lentes de contacto si son médicamente necesarios
- Servicio de podología
- Cuidado prenatal
- Medicamentos recetados
- Servicios de cuidado primario
- Radiología, toma de imágenes y rayos X
- Servicios de doctores especializados
- Telemonitoreo
- Terapias: física, ocupacional y del habla (requiere una referencia)
- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios de la vista
- Recetas ilimitadas
- Chequeo preventivo una vez al año para pacientes de 21 años y mayores

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

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

Todos estos servicios de atención médica se llaman beneficios de cuidado agudo. Eso quiere decir que son para cuando esté enfermo o para evitar que se enferme. Los beneficios de cuidado agudo son para servicio de doctor, hospital y laboratorio. Los debe usar para la atención médica o mental.

Recuerde: Si tiene Medicare y Medicaid, usted tiene “doble elegibilidad”. Si tiene doble elegibilidad, estos beneficios de atención médica están cubiertos por Medicare. Podrá seguir acudiendo a su médico de Medicare para recibir los servicios que necesite.

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

Para recibir más información sobre sus beneficios de cuidado agudo, llame a Superior al 1-844-590-4883.

Beneficios y servicios

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

Los servicios de atención a largo plazo son beneficios que le ayudan a mantenerse seguro e independiente en su hogar o comunidad. Los servicios de atención a largo plazo le ayudan con las necesidades funcionales como bañarse, vestirse, tomar medicamentos o preparar comidas. Superior ofrece acceso directo a los proveedores que se adaptan a sus condiciones y necesidades. Si bien no se necesita un referido, Superior podría requerir una evaluación en el hogar antes de poder autorizar servicios. Son tan importantes como los servicios de cuidados agudos.

Hay 4 beneficios a largo plazo que reciben los miembros de STAR Kids de Superior:

- Servicios de cuidado personal (PCS)
- Servicios de Actividad Diurna y Salud (DAHS)(para miembros de 18 años o mayores)
- Servicios de enfermería privada (PDN)
- Centro de atención pediátrica prolongada indicada (PPECC)

Hay otros beneficios a largo plazo que pueden recibir algunos miembros de Superior STAR Kids de acuerdo a sus necesidades médicas. Estos servicios están disponibles a través del Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP). Son los siguientes:

- Cuidado de relevo
- Empleo con apoyo
- Servicios de gestión financiera
- Ayudas para la adaptación
- Asistencia laboral
- Servicios de apoyo flexible a la familia
- Modificaciones menores a su casa
- Servicios de ayuda para la transición

¿Qué es un centro de atención pediátrica prolongada indicada (PPECC)?

El objetivo de un centro de atención pediátrica prolongada indicada (PPECC) es satisfacer las necesidades de las familias con niños que tienen problemas médicos graves o que necesitan servicios de enfermería especializada. Es posible usar un PPECC en lugar de los cuidados de enfermería a domicilio, o en combinación con la cobertura de servicios a domicilio. Uno de los objetivos del PPECC es ofrecer una cobertura completa a un niño de manera que no afecte la vida familiar. Los miembros que necesiten servicios de un PPECC deben obtener una referencia y una receta de un proveedor.

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

Superior se compromete a ayudar a que sus miembros encuentren atención médica adecuada. Si tiene alguna pregunta sobre la atención a largo plazo, por favor llámenos al 1-844-590-4883.

¿Qué es el "Community First Choice" (CFC)?

Community First Choice (CFC) es un beneficio de Medicaid que ofrece servicios a personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD), enfermedad mental grave y persistente (SPMI), trastorno emocional grave (SED) y/o discapacidades físicas. Es necesario que usted cumpla con los requisitos necesarios para recibir atención a nivel institucional por parte de un centro como una casa de reposo, un centro de cuidados intermedios o una institución para las enfermedades mentales.

Es posible que obtenga estos servicios si vive en un hogar comunitario.

CCFC ayuda a los miembros con sus necesidades de la vida diaria. Los servicios de CFC incluyen:

- Servicios de asistencia personal (PAS): Ayuda con las actividades de la vida diaria y las tareas relacionadas con la salud.
- Habilitación: Servicios para ayudarle a aprender nuevas habilidades y a cuidar de sí mismo.
- Servicios de respuesta a emergencias (ERS): Ayuda si usted vive solo o está solo la mayor parte del día.
- Gestión del apoyo: Entrenamiento sobre cómo seleccionar, administrar y despedir a los asistentes.

Su Coordinador de servicios de Superior puede ayudarle a programar una evaluación de CFC si cree que necesita estos servicios. Para obtener más información, llame a los Servicios para miembros al 1-844-590-4883.

Beneficios y servicios

Estoy recibiendo servicios del Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como servicios de atención personal (PCS), servicios de una enfermera particular (PDN), así como todos los servicios del MDCP, se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Favor de comunicarse con su Coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios.

Estoy recibiendo Servicios de Empoderamiento Juvenil (programa opcional YES). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS del plan estatal, como los servicios de cuidado personal (PCS), los servicios de enfermería privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de su MCO de STAR Kids. Los servicios de la exención a través de YES se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Comuníquese con su coordinador de servicios de Superior si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con el administrador de casos de la Autoridad Local de Salud Mental (LMHA) si tiene preguntas específicas sobre los servicios de la exención a través de YES.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como servicios de una enfermera particular (PDN) se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Sus servicios opcionales del programa CLASS se prestarán a través del HHSC. Favor de comunicarse con su Coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al administrador de casos de CLASS con preguntas específicas sobre el programa opcional CLASS.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como servicios de una enfermera particular (PDN) se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Los servicios opcionales del DBMD se prestarán a través del HHSC. Favor de comunicarse con su Coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al administrador de casos del DBMD con preguntas específicas sobre el programa opcional para DBMD.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como servicios de una enfermera particular (PDN) se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Los servicios opcionales de HCS se prestarán a través del HHSC. Favor de comunicarse con su Coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al Coordinador de servicios de HCS por medio de la autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo (LIDDA) con preguntas específicas sobre el programa opcional de HCS.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Texas para Vivir en Casa (TxHmL). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como servicios de una enfermera particular (PDN) se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Los servicios opcionales de TxHmL se prestarán a través del HHSC. Favor de comunicarse con su Coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al Coordinador de servicios de TxHmL por medio de la autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo (LIDDA) con preguntas específicas sobre el programa opcional de TxHmL.

¿Cambiarán mis beneficios STAR Kids si ingreso a un Centro geriátrico?

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

Beneficios y servicios

¿Seguiré recibiendo los beneficios de STAR Kids si ingreso a un Centro para convalecientes?

Un miembro de STAR Kids que ingresa en un Centro para convalecientes o Centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID) seguirá siendo miembro de STAR Kids. Cuando un miembro de STAR Kids es residente de un Centro para convalecientes o ICF/IID, la MCO tiene que brindar Coordinación de servicios y cualquier servicio cubierto que ocurra fuera del Centro para convalecientes o ICF/IID. Durante la estancia en el Centro para convalecientes o ICF/IID, la MCO de STAR Kids tiene que trabajar con el miembro y el Representante legalmente autorizado (LAR) para identificar programas de Servicios en la Comunidad (CS) y programas de servicios de apoyo a largo plazo (LTSS) que le ayudarán al miembro a volver a la comunidad.

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

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

Servicios dirigidos al consumidor

Los servicios dirigidos al consumidor (CDS) ofrecen una manera de tener más opciones y control sobre algunos de los servicios de apoyo a largo plazo que recibe. Como miembro de STAR Kids, usted o su representante designado pueden elegir la opción de servicios orientados al consumidor (CDS).

Con los CDS usted puede:

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

Estos son los servicios que usted puede administrar bajo CDS:

- Dispositivos de adaptación
- Ayuda con el empleo
- Servicios de apoyo flexible a la familia
- Habilitación
- Cambios menores a la casa
- Servicios de cuidado personal
- Atención de relevo
- Empleo con apoyo

Si opta por participar en CDS, usted trabajará a través de una agencia contratada de servicios de gestión financiera (FMSA, por sus siglas en inglés). La FMSA le ayudará a iniciarse y le dará capacitación y apoyo si lo necesita. La CDSA pagará a su personal y le ayudara con sus mpuestos. Comuníquese con su Coordinador de servicios para informarse más sobre CDS. También puede llamar su Coordinador de servicios al 1-844-433-2074.

Opción de responsabilidad del servicio

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

Opción de agencia

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

Beneficios y servicios

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

Superior se compromete a ayudar a que sus miembros encuentren atención médica adecuada. Si tiene alguna pregunta sobre la atención a largo plazo, por favor llámenos al 1-844-433-2074.

¿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
- Administración de casos
- Desarrollo de un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)
- Servicios de traducción e interpretación

¿Cuáles son algunos ejemplos de los servicios de ECI?

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

¿Necesito una referencia para esto? ¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

No necesita una referencia para solicitar una evaluación de su hijo. Puede referir a su hijo poniéndose en contacto con su proveedor local de Intervención Temprana en la Infancia (ECI). Para encontrar un proveedor de ECI, llame a Superior al 1-844-590-4883.

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

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

Administración de casos para niños y mujeres embarazadas

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

¿Quién puede obtener un administrador de casos de CPW?

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

¿Qué hacen los administradores de casos de CPW?

Un administrador de casos de CPW lo visitará y después:

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

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

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

- Obtener servicios médicos y dentales con los médicos adecuados.
- Obtener equipos y suministros médicos.
- Encontrar los recursos comunitarios adecuados para sus necesidades.
- Acceder y abordar cuestiones relacionadas con la educación y la escuela.

- Tramitar la solicitud de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y apelar una denegación de la misma.
- Desarrollar planes de servicio para sus necesidades insatisfechas.
- Asegurar que se satisfagan las necesidades identificadas en el plan de servicios.
- Trabajar en temas escolares o educativos.
- Trabajar en otros problemas.

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

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

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

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

¿Cómo puedo obtener un administrador de casos de CPW?

Para obtener más información sobre los servicios de administración de casos de CPW, comuníquese con Servicios para miembros de Superior al 1-800-783-5386 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 1-844-590-4883.

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 (ASD). Entre los síntomas del ASD se incluyen las actividades, los intereses o los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos, así como las 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. El analista conductual certificado (LBA) es un nuevo tipo de proveedor de Medicaid que prestará 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 de Superior. (https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/health-wellness/autism-help.html)

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

¿Cómo puedo recibir ayuda si you o mi hijo tenemos problemas de salud mental o con las drogas? ¿Necesito un referido?

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 médico o a Superior. Contamos con un grupo de especialistas en salud mental y trastorno por consumo de sustancias para ayudarlos a usted y a su hijo.

No necesita obtener una remisión de su médico para estos servicios. Superior le ayudará a que encuentre el mejor proveedor para usted o para su hijo. Llame al 1-844-590-4883 para obtener ayuda de inmediato: disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

Podría necesitar ayuda si usted o su hijo se enfrenta a alguna de las siguientes situaciones:

- No puede enfrentar 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 en mayores cantidades.
- Tiene problemas en el trabajo o en el hogar.
- Parece tener problemas en la escuela.

Cuando usted o su hijo tienen un trastorno mental o por consumo de sustancias, es importante que pueda trabajar con alguien que lo conozca. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor adecuado para usted. Lo más importante es que usted/su hijo tengan a alguien con quien puedan hablar, para trabajar juntos en la solución del problema.

¿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 1-844-590-4883 para que alguien le ayude a usted o a su hijo con enfermedad mental, trastorno por consumo de sustancias o asuntos emocionales.

La Línea 988 para la Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana a personas en situación de crisis suicida o angustia relacionada con la salud mental. Llame y envíe mensajes de texto al 988, o chatee con el mismo número, si está sintiendo angustia relacionada con la salud del comportamiento, como: 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 o 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 no pertenece, llame al 1-844-590-4883. Le pediremos a su proveedor o al de su hijo que se incorpore a nuestra red. Queremos que tanto usted como su hijo sigan recibiendo la atención que necesitan.

Si el proveedor no desea incorporarse a la red de Superior, trabajaremos con el proveedor para seguir cuidando de usted y de su hijo hasta que trasladen sus expedientes médicos a otro médico de Superior.

¿Qué son la Rehabilitación de salud mental y la Administración de casos especializada?

Estos servicios son los que les ayudan a los miembros con sus enfermedades mentales, emocionales y del comportamiento graves. Superior también puede ayudar a los miembros a acceder a atención y servicios de apoyo comunitario brindándoles acceso a la autoridad local de salud mental para solicitar estos servicios. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-844-590-4883.

Superior ofrece los servicios siguientes:

- Educación, planificación y coordinación de los servicios de salud del comportamiento.
- Servicios de salud mental y tratamiento para trastorno por consumo de sustancias como paciente externo.
- Servicios psiquiátricos parciales de paciente interno en el hospital (para miembros de 21 años y menores).
- Cuidados en centro residencial (para miembros de 21 años y menores) trastorno por consumo de sustancias.
- Medicinas para atención de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias.
- Servicios de desintoxicación residencial no hospitalaria y con hospitalización, rehabilitación y de centros de rehabilitación para casos de crisis disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Servicios de laboratorio.
- Referencias a otros recursos comunitarios.
- Servicios de atención médica de transición.

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 del comportamiento 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 disponible, actual, eficaz y pertinente.

Beneficios y servicios

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 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 (2) 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, también puede recibir servicios extra de la vista. Llame a Centene Vision Services, el proveedor de servicios de la vista de Superior, al 1-844-319-6110.

No necesita referido de su doctor para el cuidado rutinario de la vista de un doctor de la vista. Algunos doctores de la vista también le pueden dar tratamiento para enfermedades de la vista que no requieren cirugía. Los servicios de la vista puede obtenerse de Centene Vision Services. Para escoger un doctor de la vista, llame a Superior al 1-844-319-6110 o a Centene Vision Services al 1-888-756-8768 para recibir ayuda.

Cuidado dental

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

Superior cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de servicio ambulatorio, lo cual incluye, pero no limitado a, el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para luxación de la mandíbula.
- Tratamiento para lesiones traumáticas a los dientes y las estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.

Superior cubre el hospital, doctores y servicios médicos relacionados de los padecimientos anteriores. Esto incluye los servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia u otros medicamentos.

Superior también es responsable de pagar el tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo ofrece todos los otros servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

¿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 1-844-590-4883 o llame al 911.

Si tiene alguna pregunta o necesita información sobre los servicios odontológicos, llame a la línea de ayuda de STAR Kids al 1-800-964-2777 o:

DentaQuest	1-800-516-0165
MCNA Dental	1-855-691-6262

Los exámenes dentales de rutina se proporcionan a través de DentaQuest o MCNA Dental. Puede escoger la organización de mantenimiento dental (DMO) que prefiera.

Servicios especiales

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

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

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

Superior quiere que usted esté seguro y saludable, que participe en su plan de servicios y que viva donde quiera. Una vez realizada una revisión de las necesidades y los servicios de salud y apoyo, asignamos un coordinador de servicios a los miembros de Superior para brindar ayuda.

¿Qué tan frecuentemente hablaré con un Coordinador de servicios? ¿Qué hago para hablar con un Coordinador de servicios?

Usted recibirá una carta en el correo de parte de su Coordinador de servicios. La carta explicará los detalles sobre la frecuencia y la forma en que se le contactará, con base en las necesidades del cuidado de su salud. La carta también incluirá el nombre y el número de teléfono directo de su Coordinador de servicios . Si usted necesita los servicios de un Coordinador de servicios o tiene alguna pregunta, llame por favor al 1-844-433-2074. Nuestros empleados están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. con excepción de los días festivos aprobados por el estado. También puede comunicarse con el personal de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿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.

Servicios especiales

¿Cómo puedo obtener servicios y entornos alternativos?

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

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

médicamente necesario y apropiado para el miembro.

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

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

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

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

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

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

¿Qué pasa si soy un trabajador agrícola migrante?

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

Servicios especiales

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

Si es un trabajador agrícola itinerante, sus hijos pueden acceder a muchos de los beneficios y servicios de Superior. En realidad, los hijos de los trabajadores agrícolas migrantes pueden obtener un chequeo regular más rápido si están por irse del área. Estos incluyen citas de Texas Health Steps, Administración de atención y ayuda con el transporte. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros de Superior al 1-844-590-4883.

Ayuda para necesidades especiales de atención médica

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

Si usted o su hijo tienen necesidades especiales, como una enfermedad grave en curso, discapacidad, o condiciones crónicas o complejas, llame a Superior al 1-844-590-4883. Le ayudaremos para hacer una cita con uno de nuestros doctores para pacientes con necesidades especiales. Superior ofrece acceso directo a los especialistas adecuados para sus condiciones y necesidades. No necesita una remisión de un médico para recibir estos servicios. También le daremos un referido a uno de nuestros Administradores de atención para que:

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

¿Qué es la verificacion electrónica de visitas (EVV)?

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

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

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

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

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

Sí. Debe elegir una de las siguientes opciones:

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

la enfermera podrá usar el dispositivo para registrar las horas de servicio en el sistema de EVV.

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

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

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

Los miembros que utilicen la opción de servicios administrados por el cliente pueden otorgar permiso a su enfermera o asistente para usar el teléfono celular o la tableta personal del miembro para registrar la hora de inicio y finalización de los servicios. Esto solo está disponible para los miembros que utilizan la opción de servicios administrados por el cliente y no se puede utilizar sin el permiso del miembro.

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

Si tiene alguna pregunta sobre la verificación electrónica de visitas, comuníquese con su coordinador de servicios de Superior o con los Servicios para miembros de Superior. También puede visitar el sitio web de la verificación electrónica de visitas (EVV) de la HHSC en hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/long-term-care-provider-resources/electronic-visit-verification-evv.

¿Qué es un especialista en transiciones?

Un especialista en transiciones de Superior es una persona capacitada especialmente que puede proporcionarles a su hijo y a otras personas de su red de apoyo información acerca de los recursos que pueden ayudar con la transición para salir del programa STAR Kids y entrar en la adultez. La planificación de la transición estará disponible cuando su hijo/a cumpla 15 años.

¿En qué me ayudará el especialista en transiciones?

Los especialistas en transiciones ayudarán a su hijo a prepararse para realizar la transición al salir del programa STAR Kids y entrar en la adultez. Pueden ayudar a:

- Identificar los proveedores de atención médica para su hijo/a.
- Desarrollar un plan médico para realizar la transición de los beneficios y los servicios de STAR Kids a STAR+PLUS (si corresponde).
- Llenar la solicitud para obtener servicios a largo plazo y de apoyo (LTSS) a través del HHSC.
- Trabajar con usted y su hijo a fin de establecer los objetivos para realizar la transición al salir del programa STAR Kids.
- Identificar futuras oportunidades de empleo y de entrenamiento para empleos.
- Trabajar con su hijo/a para establecer objetivos.
- Proporcionarles a usted y a su hijo/a educación sobre salud y bienestar.
- Ayudar a llenar la solicitud para obtener servicios comunitarios y otro tipo de apoyos después de que su hijo/a cumpla 21 años.
- Identificar otros recursos que pueden ayudarlos a usted o a su hijo a obtener resultados satisfactorios.

¿Cómo puedo hablar con un especialista en transiciones?

Para hablar con un especialista en transiciones de Superior, usted o su hijo/a pueden llamar al 1-844-590-4883 de 8:00

a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Simplemente deben pedir hablar con el especialista en transiciones. Superior también cuenta con personal de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder las preguntas sobre salud que usted pueda tener. Simplemente llame a la línea de asesoramiento de enfermería de Superior al 1-844-590-4883.

¿Qué es el servicio Health Home?

El servicio Health Home es gestionado por un médico de atención primaria o un especialista. El servicio Health Home es para los miembros que tienen muchas enfermedades crónicas o una única enfermedad grave o trastorno mental persistente y grave. Ofrece numerosos servicios y apoyos que posiblemente su hijo/a no pueda obtener del proveedor de atención primaria. El objetivo es mejorar la facilidad de acceso, la coordinación entre los proveedores y la calidad de atención que su hijo/a recibe. Los servicios de Health Home incluyen:

- Educación para el cuidado personal del paciente.
- Educación para los proveedores.
- Atención centrada en la familia y el paciente.
- Modelos basados en la evidencia y estándares de atención mínimos.
- Apoyo para la familia y el paciente.

Servicios para lesbianas, gais, bisexuales, transgénero o aquellos que no están seguros de su orientación sexual (LGBTQ+)

Superior ofrece recursos para ayudar a educar y conectar a jóvenes, padres y a quienes trabajan con jóvenes que se identifican como LGBTQ+. Si usted/su hijo se identifica como LGBTQ+ y le gustaría conocer los servicios para LGBTQ+ que ofrece Superior, llame a Servicios para miembros al 1-844-590-4883 y solicite hablar con un especialista en transiciones. Están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Los especialistas en transiciones pueden ayudar de las siguientes maneras:

- Proporcionan libros con información educativa sobre las vivencias que otros jóvenes LGBTQ+ han experimentado.
- Comparten guías de recursos locales que incluyen centros de apoyo para LGBTQ+, como centros de orientación y lugares para hacerse análisis de enfermedades de transmisión sexual y VIH.
- Brindan un libro informativo de lenguaje simple sobre VIH disponible en inglés y español.
- Pueden conectarlo con otros recursos que ayudan a proteger a los jóvenes LGBTQ+.

Para que los jóvenes se desarrollen bien, es importante que estén en un ambiente positivo. Los recursos que ofrece Superior pueden ayudar a abordar las preguntas e inquietudes que los jóvenes y padres puedan tener.

Administración de atención

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

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

Nuestras enfermeras le ayudarán a mantenerse saludable y le ofrecerán la atención que necesite. Podemos ayudarle a encontrar atención médica cercana. Trabajaremos con su médico para mejorar su salud. La meta de nuestro programa es saber qué información o cuáles servicios necesita. Deseamos que sea más independiente con respecto a su salud. Por favor llámenos al 1-844-590-4883 para conversar con una enfermera. Nuestros empleados están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. con excepción de los días festivos aprobados por el estado. También puede comunicarse con el personal de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana.

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.

Servicios especiales

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 1-844-590-4883 si desea hablar con una enfermera acerca de cómo participar en este programa.

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 1-844-590-4883 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.

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 1-844-590-4883 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 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 1-844-590-4883 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 para recibir apoyo. 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

Llame a Superior al 1-844-590-4883 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 Discapacidad Intelectual y del Desarrollo

Si su hijo ha recibido un diagnóstico, o si usted sospecha la presencia de una discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD) y le gustaría recibir asistencia para ayudar a gestionar sus síntomas. Superior tiene un programa que puede ayudarle.

El término IDD incluye una gama de discapacidades, como trastorno del espectro autista, síndrome de Down y parálisis cerebral. Algunos síntomas comunes de las IDD en niños incluyen:

- Limitaciones significativas tanto en la función intelectual como en el comportamiento de adaptación.
- Dificultades para entender señales sociales o entablar relaciones.
- Dificultades con la memoria, la atención y la capacidad de generalizar la información aprendida.

Llame a Superior al 1-844-590-4883 si desea:

- Aprender 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 programar una cita.
- Comprender mejor cómo apoyarse o apoyar a su hijo.

Programa de estilo de vida

Si usted o su hijo tienen dificultades para controlar su peso, Superior tiene un programa especial que puede ayudar. El programa de estilo de vida aborda la obesidad y promueve los comportamientos y estilos de vida saludables para usted y su hijo. Las personas con obesidad pueden:

- Correr riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- Correr riesgo de tener asma.

- Correr riesgo de sufrir factores psicológicos estresantes como baja autoestima, poca sociabilización y bajo rendimiento académico.
- Estar en un percentil de IMC (índice de masa corporal) más alto cuando se las compara con sus pares.
- Tener limitaciones para hacer actividad física.
- Correr el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Llame a Superior al 1-844-590-4883 si usted o su hijo:

- Ha subido de peso debido a cambios en las medicinas, incluidas las nuevas medicinas psicotrópicas.
- Ha identificado tener factores de riesgo según los enunciados por su médico de atención primaria (PCP) o un doctor, conforme a análisis de glucosa en la sangre o pruebas de lípidos.
- Tiene un IMC (índice de masa corporal) en el 95.° percentil o superior.
- Quiere saber más sobre el control del peso corporal.
- Quiere saber más sobre cómo consultar a un dietista/nutricionista con licencia en su área.

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 1-844-590-4883 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 contra la anemia drepanocítica

Si usted o su hijo ha sido diagnosticado con anemia drepanocítica, Superior tiene un programa especial que puede ayudar. La anemia drepanocítica es una enfermedad hereditaria de la sangre. Usted nace con la enfermedad y esta dura toda la vida. Las personas con anemia drepanocítica pueden tener lo siguiente:

- Dolor intenso
- Cansancio, falta de energía
- Palidez
- Ojos y piel amarillentos (ictericia)
- Falta de aire
- Más probabilidades de contraer infecciones
- Dificultad para respirar
- Úlceras en la piel y llagas en la parte inferior de las piernas
- Problemas renales y hepáticos

Llame a Superior al 1-844-590-4883 para inscribirse si usted o su hijo han estado en:

- El hospital por complicaciones de anemia drepanocítica durante el último año.
- La sala de emergencias en los últimos dos (2) meses por síntomas relacionados con anemia drepanocítica.
- El consultorio del doctor tres (3) o más veces durante los últimos seis (6) meses por complicaciones de anemia drepanocítica.

Servicios de planificación familiar

Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar?

Superior proporciona 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 1-844-590-4883 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 https://healthytexaswomen.org/find-a-doctor, o puede llamar a Superior al 1-844-590-4883 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

¿Con cuáles otros servicios me puede ayudar mi plan?

Superior se preocupa por su salud y bienestar. Contamos con muchos servicios y agencias con los que trabajamos para ayudar a obtener la atención que necesite. Algunos de estos servicios/agencias incluyen:

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

Para recibir más información sobre estos servicios, llame a Superior al 1-844-590-4883.

¡Reciba premios por darle prioridad a su salud!

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

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 encuentra un problema de salud durante un chequeo médico, su hijo puede obtener los cuidados que necesite, 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 1-844-590-4883, 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 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Hora estándar central (CT), de lunas a viernes.

Pasos Sanos de Texas

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

Los chequos 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 cheqeuos 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 chequeos dental de Pasos Sanos de Texas para mi niño?

Su hijo también debe pasar por chequeos dentales regulares para asegurarse de que sus dientes y encías estén sanos. Los chequeos 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 chequeos dental. Pídale a su doctor el nombre de un dentista cerca de donde vive o llame a Servicios para miembros al 1-844-590-4883. No necesita un referido de su doctor para los chequeos dentales regulares o para los demás servicios dentales.

Durante los chequeos 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 chequeos 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 chequeo medico de Pasos Sanos de Texas?

Puede pedir un chequeo al doctor de su hijo. También puede pedir un chequeo a cualquier proveedor de Superior que de chequeos 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 1-844-590-4883. 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.

Pasos Sanos de Texas

¿Qué pasa si necesito cancelar la cita?

Llame al consultorio de su médico o dentista si necesita modificar o cancelar la visita de su hijo/a. 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.

¿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 chequeo de Pasos Sanos de Texas?

Si está fuera de la ciudad a su hijo le toca un chequeo de Pasos Sanos de Texas, llame a Superior al 1-844-590-4883. 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 chequeo de Pasos Sanos de Texas?

Si se muda y a su hijo le toca un chequeo de Pasos Sanos de Texas, vaya a cualquier proveedor de Pasos Sanos de Texas que ofrezca esos servicios. Antes de recibir servicios, debe mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación de Superior. 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 1-844-590-4883.

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 chequeo 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 1-844-590-4883 para que le ayuden a preparar una cita. Consulte la página 38 para obtener más información sobre ayuda para los trabajadores agrícolas migrantes.

Para obtener más información

Para obtener más información y recursos sobre los exámenes de los Pasos Sanos de Texas, visite https://hhs.texas.gov/es/servicios/salud/medicaid-chip/pasos-sanos-de-texas.

Farmacia

¿Cuáles son mis beneficos de medicamento recetado?

Usted recibe recetas ilimitadas con su cobertura Medicaid si va a una farmacia que atienden a miembros de Superior. Ciertos medicamentos podrían no estar cubiertos por Medicaid. La farmacia la dira cuáles 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 1-844-590-4883 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 1-844-590-4883.

¿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 en txvendordrug.com/searches/formulary-drug-search. Puede solicitar una copia en papel del formulario sin costo alguno. La copia en papel se le enviará dentro de los cinco (5) días laborables de su solicitud. Llame a Superior al 1-844-590-4883 si tiene alguna pregunta.

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

Los medicamentos recetados 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 1-844-590-4883. También puede encontrar una lista de farmacias por Internet usando nuestra herramienta Encontrar un proveedor en SuperiorHealthPlan.com/EUP.

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

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

Superior cuenta con muchas farmacias bajo contrato que le pueden dispensar recetas. Es importante que usted muestre su tarjeta de identificación de Medicaid y con su tarjeta de identificación de Superior en la farmacia. Si la farmacia le indica que no atienden a miembros de Superior, puede llamar al Servicios para miembros de Superior al 1-844-590-4883, 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 tambien ofrece muchos medicamentos por correo. Algunas farmacias de la red ofrecen servicios de entrega a domicilio. Llame a Servicios para miembros, al 1-844-590-4883 para obtener más información acerca de los pedidos por correo o para encontrar una famacia en su área que podría ofrecer servicios de entrega a domocilio.

¿Qué hago si pierdo mi medicamento?

Si pierde su medicamento, llame a su doctor o a la clínica para que le ayuden. Si está cerrado el consultorio o la clínica, le pueden atender en la farmacia dónde recibe su medicamento. También puede llamar a los Servicios para miembros de Superior al 1-844-590-4883 y es posible que podamos ayudarle a que obtenga las medicinas que necesita.

Farmacia

¿Qué hago si no puede obtener el medicamento mío o de mi hijo que mi doctor aprobó?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 dias. Pida a su farmacia que llame a la línea de ayuda de farmacia para recibir asistencia. Llame a Superior al 1-844-590-4883 para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué pasa si también recibo Medicare?

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

Recuerde que bajo Medicare:

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

¿Qué pasa si también tengo otro seguro principal?

Si tiene otro seguro principal, en la farmacia presente ambos, 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 a la farmacia.

¿Cómo obtengo mis medicinas si estoy en un centro de enfermería?

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

¿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 1-844-590-4883. Un miembro dedicado de nuestro equipo revisará su solicitud y le brindará ayuda.

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

Si necesita medicamentos que su farmacia de restricción no tiene, si su farmacia de restricción está cerrada, si actualmente no se encuentra cerca de su farmacia de restricción o si necesita cualquier otro tipo de asistencia para obtener sus medicamentos, comuníquese con Superior HealthPlan llamando a Servicios para miembros al 1-844-590-4883. 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 1-844-590-4883.

Beneficios de bonos y servicios

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

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

- **Recompensa por visita de seguimiento para medicamentos para el TDAH**. Recompensa de $20 para miembros de 6 a 12 años recién diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que realicen un seguimiento con un proveedor que les haya recetado los medicamentos dentro de los 30 días después de recibir los medicamentos iniciales para el TDAH. Los miembros tienen derecho a recibir este servicio de valor agregado una vez al año.
- ***Baby Shower***. Recompensa de $25 y materiales educativos para las miembros embarazadas que asistan a un *baby shower* educativo virtual organizado por Superior. Las miembros embarazadas también pueden participar en el galardonado programa Start Smart for Your Baby® de Superior, que ofrece apoyo adicional durante y después del embarazo. Las mujeres embarazadas pueden recibir este servicio de valor agregado una sola vez por embarazo. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Programa de incentivos por seguimiento tras la visita a la sala de emergencias (ER) por salud del comportamiento**. Recompensa de hasta $30 ($10 por visita) para miembros de entre 6 y 17 años que acudan a una visita de seguimiento por un trastorno de salud mental y consulten a un médico dentro del plazo de 7 días tras la visita a la sala de emergencias. Los miembros pueden recibir este servicio de valor agregado de $10 tres veces al año. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Careopolis y Kiddopolis**. Una "comunidad de cuidado" por Internet que les permite a los miembros interactuar con amigos, familiares y cuidadores respecto de su proceso de sanación o atención médica. Los miembros pueden crear y administrar cuentas privadas por Internet a través de Careopolis o Kiddopolis para mejorar las relaciones con amigos y seres queridos.
- **Apoyo para el tratamiento de enfermedades**. Recompensa de $50 para los miembros que completen cualquiera de nuestros programas de Tratamiento de enfermedades. Los programas incluyen TDAH, depresión, diabetes, discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD), trastornos por consumo de sustancias durante el embarazo y apoyo para la anemia falciforme. Los miembros pueden obtener recompensas por cada programa que completen. El servicio de valor agregado se limita a uno solo durante la vida del miembro. Queda excluido el programa del asma. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Actividades extracurriculares**. Hasta $150 cada año para que los miembros se inscriban en una actividad extracurricular aprobada. Las actividades extracurriculares pueden incluir, entre otras, campamentos de temporada, clases particulares, ligas recreativas y deportivas. Este servicio de valor agregado está sujeto a las necesidades y el departamento de Coordinación de servicios de Superior debe autorizarlo 90 días antes de la fecha de inicio. Los miembros participantes están sujetos a las normas y los reglamentos establecidos por la organización, según corresponda. Este servicio de valor agregado no deberá exceder los $150 por miembro por año. La asignación se pagará directamente al organizador del evento. Limitado a los miembros que no participan en el Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP).
- **Ayuda adicional para el transporte**. Ayuda para el transporte para los miembros cuando el transporte de Medicaid no esté disponible. Esto se limita a ayudar a trasladarse a la oficina de la Administración del Seguro Social o al banco de alimentos local. Limitado a 2 traslados de ida y vuelta por año. La utilización debe contar con la autorización previa de la Coordinación de servicios. El traslado debe ser dentro de la zona de prestación de servicios y no exceder las 25 millas de ida y vuelta. Los miembros de entre 0 y 18 años deben estar acompañados por un adulto. El número de pasajeros se limita al espacio disponible en el vehículo de transporte más rentable que se proporcione. 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. Limitado a un beneficio máximo de 100 dólares por viaje de ida y vuelta. Los miembros no pueden pagar cantidades que superen el beneficio máximo.
- **Beneficios oftalmológicos adicionales**. Una asignación de $150 para la compra de determinados armazones de anteojos, cristales o lentes de contacto recetados no cubiertos por Medicaid, una vez cada dos años en lugar de los beneficios estándar. La cobertura es para armazones o cristales y no cubre opciones adicionales como cristales de color ni capas de tratamiento. Esta asignación no podrá utilizarse para gafas de sol o anteojos de reemplazo. El miembro será responsable de

cualquier cargo superior a $150.

- **Servicios de apoyo para el examen de desarrollo educativo general (GED)**. Superior ayuda a los miembros de 18 a 20 años que se benefician de la exención por diagnóstico de discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) a alcanzar sus objetivos para mejorar su calidad de vida ofreciéndoles acceso a recursos que les ayuden a aprobar GED. Superior ayudará a todos los miembros interesados mediante la entrega de materiales de preparación para el GED y la identificación de centros de exámenes disponibles cerca de donde se encuentra el miembro. Para poder recibir los beneficios, los miembros deben estar inscritos en Superior durante al menos 60 días. El servicio de valor agregado se limita a uno solo durante la vida del miembro.
- **Documentación de tutela**. Recompensa de $15 para miembros de 18 a 20 años tras haber completado y enviado con éxito la documentación de tutela correspondiente. La documentación debe estar certificada ante notario y aprobada por Superior. Los miembros tienen derecho a recibir este servicio de valor agregado una vez al año. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Ayuda para miembros con asma**. Recompensa de $50 para los miembros que completen nuestro programa de Tratamiento de la enfermedad de asma. El servicio de valor agregado se limita a uno solo durante la vida del miembro. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Comidas a domicilio**. Superior ofrece acceso a 15 comidas entregadas a domicilio al año para el hogar después de que un miembro reciba el alta hospitalaria como paciente agudo. El servicio de comidas entregadas a domicilio debe solicitarse dentro de los 7 días a partir del alta y contar con la autorización previa del departamento de Coordinación de servicios de Superior.
- **Servicios de relevo en el hogar.** Servicios de relevo para miembros que no están incluidos en el Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP). Los miembros reúnen los requisitos para recibir los servicios de relevo tras completar el Instrumento de Evaluación y Pruebas (SAI) anual de STAR Kids y devolver el documento del Plan Individual de Servicios (ISP) firmado. Los miembros también deben estar al día con sus chequeos médicos de los Pasos Sanos de Texas. Los servicios deben contar con la autorización previa del departamento de Coordinación de servicios de Superior.
  - Hasta 8 horas al año de servicios de relevo en el hogar para los miembros de las zonas de prestación de servicios de Bexar, El Paso, Lubbock, Travis y la zona rural de prestación de servicios de Medicaid (MRSA) en el oeste.
  - Hasta 32 horas al año de servicios de relevo en el hogar para los miembros de la zona de prestación de servicios de Nueces.
  - Hasta 24 horas al año de servicios de relevo en el hogar para los miembros de la zona de prestación de servicios de Hidalgo.
- **Programa de incentivos de seguimiento para pacientes hospitalizados**. Recompensa de hasta $30 ($10 por visita) para los miembros de entre 6 y 20 años que acudan a una visita de seguimiento con el médico en el plazo de 7 días tras el alta hospitalaria por una estancia relacionada con la salud del comportamiento o el abuso de sustancias. Los miembros pueden obtener $10 por visita y tienen derecho a recibir este servicio de valor agregado tres veces al año. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Asistencia para la preparación laboral**. Recompensa de $50 para miembros de entre 16 y 20 años con el fin de ayudarles a prepararse para una entrevista de trabajo o formación profesional. La recompensa puede usarse para adquirir ropa profesional, calzado, materiales de preparación para la entrevista u otros artículos relacionados con la misma. El servicio de valor agregado se limita a uno solo durante la vida del miembro. Los miembros deben:
  - Presentar un justificante de una entrevista de trabajo programada. Los documentos deben ser aprobados por Superior.
  - Haber completado y tener vigente el Instrumento de Evaluación y Pruebas (SAI) de STAR Kids en su expediente.
  - Tener el Plan de Individual de Servicios (ISP) firmado en el expediente.
  - Haber completado y tener vigente la evaluación de transición en su expediente.

  Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de

recompensas My Health Pays®.*

- **Joy for All™**. Los miembros que reúnen los requisitos y que están inscritos en el programa de Tratamiento de enfermedades de salud del comportamiento durante al menos 30 días pueden recibir una mascota de compañía de peluche a batería Joy for All™. Los servicios de valor agregado deben contar con la autorización previa del Departamento de Coordinación de Servicios de Superior. 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.
- **Recompensa por los factores no médicos de la salud**. Recompensa de $25 para los miembros que no pertenecen al Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP) en las zonas rurales de prestación de servicios de Medicaid (MRSA) en el oeste y en las zonas de prestación de servicios de Lubbock, después de 90 días de inscripción continua que:
  - completen el Instrumento de Evaluación y Pruebas (SAI) anual de STAR Kids de manera oportuna y
  - devuelvan el Plan Individual de Servicios (ISP) firmado y
  - estén al día con los chequeos médicos de los Pasos Sanos de Texas.

  Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Cobertura de gastos en centros de enfermería**. Hasta $500 para gastos por estadía en un centro de enfermería. Los miembros que reúnen los requisitos deben participar en el proceso de El dinero sigue a la persona (MFP) del Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP). Los servicios de valor agregado deben contar con la autorización previa del Departamento de Administración de Servicios de Superior. Este incentivo está limitado a uno solo durante la vida del miembro.
- **Recursos para la salud mental por Internet**. Herramienta por Internet para brindar apoyo a la salud mental y al bienestar general.
- **Artículos de venta libre (OTC)**. Asignación anual de $120 ($30 por trimestre) para miembros para adquirir artículos de venta libre de uso frecuente que se envían por correo al domicilio del miembro o se compran en tiendas participantes. Este beneficio cubre los artículos que no requieren receta y que no están cubiertos por Medicaid. Los miembros podrán hacer su elección de un catálogo de artículos que proporciona Superior. Los miembros pueden comprar artículos en la tienda, hacer pedidos por Internet en https://www.cvs.com/benefits y llamando al número de teléfono gratuito del proveedor, o comprar en las tiendas participantes. Los saldos no utilizados no se trasladan de un trimestre a otro. Para que se realice el envío de los artículos al hogar del miembro, su costo total debe ser inferior o igual al dinero asignado. En el caso de las compras realizadas en la tienda, el miembro puede pagar los importes que superen el monto del beneficio. Los productos no tienen devolución. Los pedidos de artículos OTC son únicamente para el miembro.
- **Asistencia telefónica**. El teléfono preprogramado Connections Plus que incluye llamadas y mensajes de texto ilimitados está disponible para los miembros que reúnan los requisitos y que estén inscritos en la Administración de la Atención, que no tengan acceso a un teléfono y no reúnan los requisitos para el programa federal Lifeline. La Administración de la Atención de Superior debe aprobar las solicitudes de teléfonos de Connections Plus.
- **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 recompensas por completar las siguientes actividades después de la confirmación de su visita:
  - Tarjeta de recompensa de $20 por una visita prenatal durante el primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción en Superior.
  - Tarjeta de recompensa de $20 por la 3.ra visita prenatal.
  - Tarjeta de recompensa de $20 por la 6.ta visita prenatal.
  - Tarjeta de recompensa de $20 por la 9.na visita prenatal.
  - Tarjeta de recompensa de $20 por la visita posparto entre los 7 y los 84 días posteriores al parto.

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

Beneficios de bonos y servicios

- **Transporte a eventos de Superior**. Ayuda para el transporte para los miembros cuando el transporte de Medicaid no esté disponible. Esto se limita al traslado para llegar a un evento de Superior HealthPlan. Por ejemplo, reuniones del Grupo de Asesoramiento para Miembros (MAG), eventos de películas adaptadas para la integración sensorial o ferias de transición. Limitado a 2 viajes de ida y vuelta a un evento Superior por año. La utilización debe contar con la autorización previa de la Coordinación de servicios. El traslado debe ser dentro de la zona de prestación de servicios y no exceder las 25 millas de ida y vuelta. Los miembros de entre 0 y 18 años deben estar acompañados por un adulto. El número de pasajeros se limita al espacio disponible en el vehículo de transporte más rentable que se proporcione. El transporte debe contar con autorización previa y haber sido programado al menos dos (2) días hábiles antes de la cita. No incluye el reembolso de traslados, ambulancias y transporte de emergencia. Limitado a un beneficio máximo de 100 dólares por viaje de ida y vuelta. Los miembros no pueden pagar cantidades que superen el beneficio máximo.
- **Paquete de juguetes sensoriales**. Los miembros que cumplan los requisitos, de entre 4 y 16 años, pueden recibir un paquete educativo gratuito adecuado a su edad para fomentar la concentración y la participación durante las actividades. Los miembros en las zonas de prestación de servicios de Lubbock, Nueces y las zonas rurales de Medicaid (MRSA) en el oeste pueden acceder a este servicio de valor agregado una vez al año y deben:
  - tener un diagnóstico que cumpla los requisitos;
  - tener vigente el Instrumento de Evaluación y Pruebas (SAI) anual de STAR Kids en su expediente y
  - tener el Plan de Individual de Servicios (ISP) firmado en su expediente y
  - estar al día con los chequeos médicos de los Pasos Sanos de Texas.
- **Exámenes de aptitud física para practicar deportes y para la escuela**. Chequeos anuales de aptitud física para practicar deportes y para la escuela para niños de 4 a 18 años. Este servicio de valor agregado se limita a un solo examen de aptitud física por año cuyo reembolso máximo es de $35 y se paga al proveedor. El examen físico para practicar deportes y para la escuela debe ser realizado por un proveedor contratado de Superior.
- **Identificación de Texas**. Recompensa de $16 para los miembros de entre 16 y 20 años que reúnan los requisitos y que obtengan la tarjeta de identificación de Texas. La tarjeta de identificación debe obtenerse dentro del año fiscal en curso. Los miembros deben presentar prueba de que han recibido la identificación y han pagado la cuota para obtener la recompensa. Los documentos recibidos deben ser aprobados por Superior. La cuota para obtener la licencia de conducir no reúne los requisitos. Este incentivo está limitado a uno solo durante la vida del miembro. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Evaluación de transición**. Recompensa de $15 para los miembros de entre 16 y 20 años que completen con éxito y dentro del plazo establecido su evaluación de transición y estén al día con el chequeo de los Pasos Sanos de Texas. Una evaluación de transición ayuda a los miembros mientras se preparan para dejar el programa STAR Kids por su edad. Los miembros tienen derecho a recibir este servicio de valor agregado una vez al año. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año en recompensas del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Actividad de bienestar**. $25 de recompensa para miembros de STAR Kids de 11 a 16 años que participan en una actividad de bienestar, un programa de deportes no escolar o de manera exitosa en una actividad física de la comunidad. Los miembros deben proporcionar documentación que acredite la finalización y Superior debe aprobar los documentos recibidos. Los miembros en las áreas de prestación de servicios de Nueces e Hidalgo pueden acceder a este servicio de valor agregado una vez al año.
- **Recompensas de bienestar**. El programa de recompensas de Superior ofrece incentivos económicos y no en efectivo a los miembros que cumplan los requisitos. Los miembros tienen un límite de una recompensa por actividad relacionada con la salud por año. Las recompensas incluyen:
  - Tarjeta de recompensa de $120 para los miembros desde el nacimiento hasta los 15 meses que se hagan puntualmente los 6 chequeos médicos regulares de los Pasos Sanos de Texas.
  - Tarjeta de recompensa de $25 por chequeo para los miembros de 2 a 20 años que se realicen el chequeo médico anual de los Pasos Sanos de Texas.

- Tarjeta de recompensa de $20 para las miembros de 18 a 20 años que se hagan el chequeo ginecológico anual.
- Recompensa de $10 para los miembros que se vacunen anualmente contra la gripe entre el 1 de septiembre y el 31 de marzo.

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

***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 1-844-590-4883 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 de valor agregado están vigentes del 9/1/26 al 8/31/27. Para obtener una lista actualizada de estos servicios, ingrese a SuperiorHealthPlan.com/VAS-es. Si 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 preguntas sobre cómo obtener estos beneficios o la asistencia lingüística para usted y su hijo/a, llame a Servicios para miembros al 1-844-590-4883.

¿Qué otros servicios Superior puede ayudarme a obtener?

Superior quiere asegurarse de que estén conectados a los servicios de atención médica y social de calidad. El equipo de defensoría para miembros de Superior puede enseñarle a usar los servicios de Superior. Pueden comunicarse con usted por teléfono o enviarle información por correo postal. Ellos le ayudarán con asuntos tales como:

- Cómo escoger a un doctor
- Pasos Sanos de Texas
- El programa STAR Kids
- Atención preventiva, de urgencia y de emergencia
- Servicios de transporte
- Visitas a especialistas
- Cómo utilizar los servicios de Superior
- Cómo presentar quejas y apelaciones
- Cómo utilizar el manual para miembros
- Cómo salir del programa

Superior Defensoría para miembros ofrece información para ayudarle a obtener alimentos, vivienda, ropa y servicios públicos. Para mayor información, llame al personal de Superior Defensoría para miembros al 1-844-590-4883.

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

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

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

Para que pueda conocer más sobre sus beneficios, Superior lleva a cabo reuniones trimestrales del Grupo de asesoramiento para miembros. Si asiste a las reuniones, podrá brindar comentarios sobre la manera en que Superior responde a sus necesidades de atención médica. Para obtener más información sobre estas reuniones, llame al 1-844-590-4883 o visite https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/advisory-council.html.

Beneficios de bonos y servicios

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.

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.Superior también ofrece:

- 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 1-844-590-4883 o visitando SuperiorHealthPlan.com/EventosdeMiembros.
- Smart Start for Your Baby®: un programa especial para las mujeres embarazadas que incluye las clases de educación, administración de casos y *baby showers* educativos. Para obtener más información sobre los baby showers de Superior, visite nuestro sitio web en SuperiorHealthPlan.com/EventosdeMiembros.
- Baby showers educativos virtuales para enseñarle más sobre su embarazo y su nuevo bebé. Para obtener más información, visite nuestro sitio web ingresando a SuperiorHealthPlan.com/EventosdeMiembros o llame a Servicios para miembros al 1-844-590-4883.
- Superior quiere ayudar a mantener la buena salud de usted y sus seres queridos. Es por ello que creamos una serie de videos cortos que ofrecen importantes consejos de salud. Estos videos abarcan muchos temas, que incluyen gestión del asma, recursos para cuidadores, apoyo para la diabetes y mucho más. Obtenga más información en SuperiorHealthPlan.com/BienestarAPedido.
- Superior ofrece seminarios web gratuitos para los cuidadores de niños y jóvenes inscritos en STAR Kids. Los cuidadores, incluidos padres, tutores y personal de atención directa, pueden participar en seminarios web en directo sobre salud del comportamiento y otros temas importantes. Estas formaciones ayudan a los cuidadores a adquirir nuevas habilidades y a proporcionar una mejor atención a los miembros. Para inscribirse en una formación y obtener más información, visite SuperiorHealthPlan.com/CapacitacionesParaCuidadores.

¿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 de dieta saludable.

Si necesita ayuda adicional porque está embarazada o si usted o su hijo tiene asma u otra enfermedad grave, llame a Superior al 1-844-590-4883. Lo enviaremos al programa de Administración de atención 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 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.

Educación de la salud

- 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.

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 benefits.gov/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/programs/article/head-start-programs. Tenga en cuenta que los niños que se inscriben en Head Start deben hacerse un chequeo 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 solo para jóvenes adultos de 18 años o más.

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

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

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

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

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

Cuando consulte al médico acerca de las directrices anticipadas, es probable que cuente con estos formularios en el consultorio y se los entregue. También puede llamar a Superior al 1-844-590-4883 y le daremos el formulario.

¿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 1-844-590-4883.

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. Usted tiene que pagar por los servicios no cubiertos por Medicaid. Es responsabilidad suya determinar cuáles servicios están cubiertos y cuáles no están.

Si tiene 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 Medicaid de Superior, no debe ser responsable de pagar ninguna parte de las facturas de los proveedores.

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

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

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

Consejo de la salud de Superior

Los medicamentos pueden ayudarle a mejorar cuando está enfermo y pueden mantener un problema de salud bajo control. Aquí encontrará algunos consejos para utilizar el medicamento de forma segura:

- Lea y siga las indicaciones de la etiqueta
- Tome la cantidad exacta escrita en la etiqueta
- Utilice la misma farmacia para todo su medicamento recetado
- No comparta su medicamento ni tome el medicamento de otra persona
- Lea la fecha de vencimiento en la etiqueta y no tome el medicamento después de esa fecha

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 1-844-590-4883 para explicarnos el problema. Un defensor de Servicios para miembros de Superior puede ayudarle a presentar una queja. Su representante legalmente autorizado también puede presentar una queja en su nombre. 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 https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/complaints-appeals.html y haga clic en "Contáctenos" en la esquina superior derecha de la página. 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 o fax a:

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

Se ofrecen servicios de intérprete sin costo alguno. Llame a los Servicios para miembros al 1-844-590-4883 (TTY 1-800-735-2989) para pedir ayuda.

¿Puede alguien de Superior ayudarme a presentar una queja?

El Defensor de miembros de Superior le puede ayudar a presentar una queja. Simplemente llame a Servicios para miembros, 1-844-590-4883 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). También puede presentar una queja en persona ante un representante de Superior, que documentará su queja en su nombre dentro de las 24 horas de la recepción.

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

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

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

La mayoría de las veces lo podemos ayudar de inmediato o, como mucho, dentro de unos pocos días. Superior responderá a su queja por escrito dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la presentó. 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 la Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) miembros llamada gratis al 1-866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirreción:

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

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

Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios

Línea de escalamiento del MDCP/DBMD

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

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

La línea de escalamiento le ayuda a resolver problemas relacionados con el programa de atención médica administrada STAR Kids. Esta ayuda puede consistir en darle respuesta a las dudas que pueda tener sobre las audiencias imparciales estatales o sobre la continuidad de los servicios mientras se lleva a cabo la apelación.

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

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

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

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

¿Quiénes pueden llamar a la línea de ayuda?

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

¿Puedo llamar en cualquier horario?

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

Apelaciones interna del plan médico

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

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

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

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

Si usted o su hijo tiene cobertura de Medicaid y Medicare (doble derecho), la mayoría de los servicios de cuidados agudos que obtiene, como las visitas al médico, los medicamentos, las radiografías y las pruebas de laboratorio, son servicios cubiertos por Medicare. El proceso de apelación para estos servicios puede tener diferentes plazos. Los servicios cubiertos por Medicare seguirán el proceso de quejas y apelaciones para los servicios cubiertos por Medicare que recibe de su plan de Medicare. Comuníquese con su plan de Medicare para obtener información sobre el proceso de quejas y apelaciones de Medicare para usted o su hijo/a.

¿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 proveedor, un amigo, pariente, abogado u otro portavoz pueden solicitar una apelación de una decisión adversa de beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una apelación, su coordinador de servicios puede ayudarle. Simplemente llame al 1-844-433-2074 (TTY 1-800-735-2989). Un representante de los miembros de Superior también puede ayudarle. Simplemente llame a Servicios para miembros al 1-844-580-4883 (TTY 1-800-735-2989). Su representante legal autorizado también puede presentar una apelación en su nombre. Se ofrecen servicios de intérprete sin costo alguno. Llame a Servicios para miembros al 1-844-580-4883 (TTY: 1-800-735-2989) para pedir ayuda.

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

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

¿Cómo puedo solicitar la continuidad de los servicios actuales autorizados mientras mi apelación está en trámite?

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

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

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

Si, mediante su solicitud, Superior continúa o restablece los beneficios, y la solicitud de continuidad de los servicios no se aprueba en la apelación, Superior no buscará recuperar el pago de esos servicios sin el permiso por escrito del 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 1-844-590-4883.

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

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

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

Usted, su proveedor o su representante legal autorizado pueden solicitar una apelación de emergencia llamando a Superior al 1-877-398-9461. Para apelaciones relacionadas con los servicios de farmacia, llame a los Servicios de farmacia de Centene (CPS) al 1-833-236-9334. No es necesario realizar una apelación interna de emergencia del plan médico 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
A la atención de: Apelaciones
PO 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 apelación es sobre una situación de emergencia en curso o la denegación de continuar su hospitalización, recibirá una notificación sobre la decisión de la apelación en el transcurso de un (1) día hábil. Superior le informará de inmediato si considera que su solicitud de apelación de emergencia no cumple con los criterios para considerarse como tal. Su apelación se procesará como una apelación estándar y la respuesta se enviará dentro de los treinta (30) días.

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

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

Apelaciones externas

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

Revisión médica externa

¿Puedo solicitar una revisión médica externa?

Si usted, como miembro de Superior, no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación interna, tiene derecho

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

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

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

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

Una vez que haya recibido la decisión de la revisión médica externa, tiene derecho a retirar la solicitud de audiencia imparcial estatal. Puede retirar la solicitud de audiencia imparcial estatal verbalmente o por escrito comunicándose con el oficial de audiencias que figura en el Formulario 4803, Aviso de audiencia.

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 o madre o su representante legal autorizado podrán solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia comunicándose por escrito o por teléfono con Superior HealthPlan. Para poder acceder a una revisión médica externa de emergencia y a una audiencia imparcial estatal de emergencia a través del HHSC, 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 Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas, ya sea con o sin revisión médica externa, a través de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Podrá solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal, pero no podrá solicitar solo una revisión médica externa.

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

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

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

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

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

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

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal sin 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 imparciales estatales del HHSC si desea que la audiencia sea en persona.

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

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

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

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

Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación

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

¿Qué es abuso, maltrato, descuido y explotación?

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

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

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

Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación

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

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

Informe por teléfono (si no es una emergencia):

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, gratis

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

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

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

Informe al DFPS sobre cualquier otra sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación llamando al 1-800-252-5400.

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

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

Información útil al presentar un informe

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

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. Línea de escalamiento del MDCP/DBMD para los Miembros que reciban servicios de Exención a través del programa Medically Programa de Niños Dependientes o Programa de Sordociegos con Discapacidades

Múltiples.

c. Recibir una respuesta oportuna a su queja.

d. Usar el proceso de apelación del plan y a que le informen cómo hacer uso de este proceso.

e. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.

f. Solicitar una audiencia imparcial estatal con o sin revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.

7. Tiene derecho 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.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Humanos de HHS en línea en hhs.gov/ocr.

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

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

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

- Información sobre Superior y nuestros proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del Inglés), identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes y calificaciones de cada proveedor de la red, como:
  - Calificaciones profesionales
  - Especialidad

  - Escuela médica a la que asistió
  - Finalización de la residencia
  - Estado de certificación ante el Consejo
  - Datos demográficos
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelación interna del plan médico, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal.
- Información sobre el Programa de Mejora de la Calidad de Superior. Para solicitar una copia impresa, llame a los Servicios para miembros al 1-844-590-4883 o visite nuestro sitio web en www-es.SuperiorHealthPlan.com.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Información sobre servicios y entornos alternativos, si los ofrece su MCO, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios y la política sobre referidos.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas 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 describe 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 miembro al 1-844-590-4883. 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.

Derechos y responsabilidades

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 los ayudará a usted y a su hijo con su tratamiento de salud física y mental o de trastorno por consumo de sustancias dándoles la atención que necesitan.

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

Aviso de prácticas de privacidad

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

***POR FAVOR, LÉALO ATENTAMENTE*.**

En vigencia desde 01.01.2026

Revisado el 09.01.2025

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

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

Obligaciones de las entidades cubiertas:

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

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

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

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

Todo Aviso modificado será publicado en nuestro sitio web.

Protecciones internas de su PHI oral, escrita y electrónica:

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

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

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

Aviso de prácticas de privacidad

Usos y divulgación permitidos de su PHI:

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

- **Tratamiento**: podemos usar o divulgar su PHI a un doctor, que incluye a su médico de atención primaria (PCP), u otro proveedor de atención médica que esté tratándola, 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 atención médica
  - Conocer sus preferencias lingüísticas cuando acuda a los proveedores de atención médica
  - Proporcionar información de atención médica para satisfacer sus necesidades asistenciales
  - Ofrecer programas que le ayuden a estar 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 trastorno por consumo de sustancias (SUD)**: no usaremos ni divulgaremos sus registros de SUD en procesos legales contra usted a menos que:
  - Recibamos su consentimiento por escrito, o
  - Recibamos una orden judicial, que usted haya sido informado de la solicitud y que le hayan dado la oportunidad de ser escuchado. La orden judicial debe incluir una citación o un documento legal similar que requiera 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
  - Tejidos
- **Amenazas contra la seguridad y la salud**: podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o reducir una amenaza inminente o grave contra la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especiales**: si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según las exigencias de las autoridades de los comandos militares. También podemos divulgar su PHI:
  - A oficiales federales autorizados por motivos de seguridad nacional
  - Para realizar actividades de inteligencia
  - Al Departamento de Estado para realizar determinaciones de idoneidad médica
  - Para llevar a cabo servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas
- **Indemnizaciones laborales**: podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionados con las indemnizaciones laborales u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios para enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, independientemente de la culpa.
- **Situaciones de emergencia**: podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o ausente, a un familiar, un amigo personal cercano, una agencia autorizada de asistencia en casos de catástrofes o cualquier otra persona que usted haya identificado previamente. Usaremos nuestro juicio y experiencia profesionales para determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si es así, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos**: si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de las fuerzas de seguridad, podemos revelar su PHI a la institución correccional o al oficial de las fuerzas de seguridad cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica, para proteger su salud o seguridad, o la salud o la seguridad de otras personas, o para la seguridad y la protección de la institución correccional.
- **Investigación**: en determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores si los estudios de investigación clínica que desarrollan fueron aprobados, y en los casos en que existan garantías específicas para asegurar la protección y la privacidad de su PHI.

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

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

- **Venta de la PHI**: solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar una divulgación que sea considerada una venta de su PHI, lo que significa que recibimos una compensación por divulgar la PHI de esa forma.
- **Marketing**: solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de marketing con algunas excepciones, por ejemplo, al realizar comunicaciones de marketing cara a cara con usted o al entregar obsequios promocionales con valor nominal.
- **Notas de psicoterapia**: solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar sus notas de psicoterapia que tengamos en nuestros registros, con algunas excepciones; por ejemplo, para determinadas funciones de operaciones de atención médica, pagos o tratamientos.

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 (https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html)**.

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

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

Información de contacto

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

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

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

Verificación electrónica de visitas

TEXAS Health and Human Services

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

Formulario 1718-S
Abril de 2023

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

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

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

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

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

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

Sección I: Sus responsabilidades

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

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

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

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

Sección II: Información adicional

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

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

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

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

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

Formulario 1718-S
Página 3 / 04-2023

Sección III. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Opción 1

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

Opción 2

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

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

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

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

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

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

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

Formulario 1718-S
Página 4 / 04-2023

Sección IV: Acuse de recibo

Certifico que:

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

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

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

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 o 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 o abuso, reúna toda la información posible.

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

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

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:

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

Glosario de términos

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

Glosario de términos

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

Notas

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

www-es.SuperiorHealthPlan.com