STAR+PLUS Nursing Facility

Manual para Miembros

www-es.SuperiorHealthPlan.com

SHP_202613353 06_2026

Números importantes

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

Servicios para miembros de Superior	1-877-277-9772
Coordinador de servicios	1-877-277-9772
Línea de ayuda del programa STAR+PLUS Nursing Facility 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	1-877-277-9772
Relay Texas / Línea TTY (sordo/tiene problemas auditivos)	1-800-735-2989
Línea de ayuda de farmacia (Medicamentos recetados)	1-877-277-9772
Transporte en ambulancia para casos que no son de emergencia	1-877-277-9772
Cuidado de la vista	1-866-897-4785
Teladoc (servicios de telesalud)	1-800-835-2362
Atención dental	1-888-308-4766
Salud del comportamiento	1-877-277-9772
Línea de crisis para personas con problemas de alcohol/drogas	1-877-277-9772
Defensor de miembros	1-877-277-9772

Servicios de salud del comportamiento

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

Atención de emergencia

Llame al 911 o vaya al hospital/centro de emergencia más cercano si cree que necesita atención de emergencia. Puede llamar al 911 para solicitar ayuda para llegar a la sala de emergencias del hospital. Si recibe servicios de emergencia, llame a su médico para programar una visita de seguimiento tan pronto como sea posible. Recuerde llamar a Superior al 1-877-277-9772 y comuníquenos qué atención de emergencia ha recibido. Superior define como emergencia una condición en la que el miembro 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.

Coordinación de servicios

El Servicio de coordinación es un tipo especial de administración de la atención realizado por un Coordinador de servicios de Superior. Se asignará un Coordinador de servicios a todos los miembros del centro de enfermería de STAR+PLUS. Si tiene preguntas acerca de este servicio, llame al 1-877-277-9772.

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://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

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

Ayuda con la comunicación

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

Ayuda con la comunicación

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

Tabla de contenidos

Introducción

Acerca de su plan de salud 1
Portal y aplicación móvil para miembros de Superior 2
Su targeta de indentificación de Superior 3

Medicaid

Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid 4
Medicaid y el seguro médico privado 6
Pérdida de cobertura de Medicaid 6
Programa Lock-in 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 7
Plan de incentivos para el médico 8

Recibir atención especializada

Referidos a médicos especializados 9
Obtener permiso para recibir servicios médicos especializados 9
Solicitar una segunda opinión 9
Proceso para ser admitido al hospital 10

Recibir atención médica – Sólo para mujeres

Recibir atención de un ginecoobstetra para usted o su hija 11
Escoger un ginecoobstetra (OB/GYN) 11
Recursos para la salud mental materna 12

Acceso a la atención: programas especiales de salud

El programa Healthy Texas Women Programa de Servicios de Atención 13
Médica Primaria de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) 13

Recibir atención médica – Las citas

¿Cómo hacer una cita? 15
¿Qué debe llevar cuando vaya a su cita médica? 15
Recibir atención médica cuando esté cerrado el consultorio médico 15
Recibir atención médica fuera de la ciudad o cuando está de viaje 15
Recibir atención médica si se muda 15

Recibir atención médica – Cambiar su plan de salud

Cambiar su plan de salud 16
Cuando le piden quese salga de Superior HealthPlan 16

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

Servicios de traducción 17
Servicios de transporte 17
Servicios de telesalud 18
Historia clínica digital 18

La definición de atención

Atención médica de rutina 20

Tabla de contenidos

Atención médica de urgencia 20
Atención médica de emergencia 20
Atención médica de posestabilización 21
¿Qué significa atención médica? 22
Necesidad médica 25

Beneficios y servicios

Sus beneficios 26
Límites a los servicios 26
Servicios que no se cubren 27
Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW) 27
Planificación centrada en la persona 28
Servicios y soporte a largo plazo (LTSS) 28
Servicios dirigidos al consumidor (CDS) 29

Salud de comportamiento (salud mental y abuso de sustancias)

Salud del comportamiento 30
Ayudar con problemas de salud del comportamiento y drogas 30
¿Cómo saber si necesita ayuda? 30
¿Qué hacer en una emergencia de salud del comportamiento? 30
¿Qué debe hacer si usted ya esta bajo tratamiento? 30
Servicios extra de salud del comportamiento 30
Modelo de atención colaborativa 31
Cuidado de la vista 31
Cuidado de dental 31
Servicios dentales de emergencia 31

Servicios especiales

Servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de casos específicos de salud mental 33
Servicios extra de salud del comportamiento 33

Coordinación de servicios 33
Administración de atención 34
Control de enfermedades

Programa de asma 35
Programas de esquizofrenia y trastorno bipolar 35
Programa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) 35
Programa de dolor crónico 36
Programa para la insuficiencia cardiaca 36
Programa para tratar la depresión 36
Programa de diabetes 36
Programa de enfermedades del corazón 37
Programas de estilo de vida 37
Depresión perinatal 37
Programa para trastornos por consumo de sustancias 37
Programa de tratamiento por consumo de sustancias durante el embarazo 38

Tabla de contenidos

Ayuda para necesidades especiales de atención médica ... 39
Planificación familiar
Obtener servicios de planificación familiar ... 40
Encontrar un proveedor de planificación familiar ... 40
Servicios de farmacia
Proceso para obtener recetas ... 41
Beneficios de bonos y servicios
Bonos beneficios para miembros de Superior ... 43
Ayuda para comprender sus beneficios ... 44
Nuevos tratamientos para atenderlo ... 44
Educación de salud ... 45
Directivas anticipadas
¿Que hacer si está muy enfermo para tomar una decisión médica? ... 46
Facturación
¿Que debe hacer si recibe una factura de su médico? ... 47
Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicio
Presentar una queja ... 48
Obtener ayuda para presentar una queja ... 48
Servicios negados o limitados ... 49
Solicitar una apelación interna del plan médico. ... 49
Obtener ayuda para presentar una apelación ... 49
Los plazos de tiempo del proceso de apelación ... 49
Continuación de los servicios autorizados actuales ... 50
Apelaciones externas ... 51
Revisiones médica externa ... 51
Revisiones médica externa de emergencia ... 52
Solicitar una audiencia imparcial estatal ... 52
Derechos y responsabilidades
Derechos del miembro ... 55
Responsabilidades del miembro ... 56
Información disponible para el miembro ... 57
Confidencialidad ... 57
Aviso de prácticas de privacidad ... 58
Derechos y responsabilidades de la verificación electrónica de visitas (EVV) ... 64
Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación ... 69
Fraude, despilfarro y abuso
Denunciar fraude, despilfarro y abuso por parte del proveedor ... 70
Reportar fraude, despilfarro y abuso por parte de la persona que recibe atención Medicaid ... 70
Glosario de términos ... 71

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+PLUS Nursing Facility. Superior trabaja con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) y con muchos doctores, clínicas y hospitales para darle a usted o a su hijo la atención que necesita.

Mientras viva en un centro de enfermería, recibirá toda la atención médicamente necesaria de proveedores que pertenezcan a la red de proveedores de Superior.

Superior tiene disponibles a proveedores cuando su doctor o su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) le envía 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 doctor 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.

Si no entiende lo que dice el manual para miembros, o si necesita ayuda para leerlo, llame al Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772. 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 1-877-277-9772.

Recuerde:

- Tenga siempre a la mano su tarjeta de identificación, así como su identificación de Medicaid.
- Elija un proveedor de atención primaria (PCP) que pueda proporcionar atención en su centro de enfermería.
- 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.

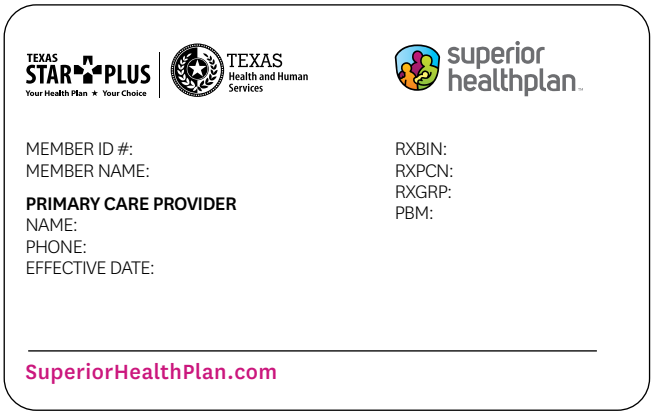
Envíenos un mensaje. Comuníquese con nosotros a través de mensajería segura si necesita ayuda.

Introducción

Su tarjeta de identificación de Superior

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

Tarjeta de identificación de Superior HealthPlan STAR+PLUS Nursing Facility



Para recibir la atención que necesite, siempre lleve con usted su tarjeta de identificación de miembro de Superior. Su proveedor necesitará los detalles indicados en la tarjeta para verificar que usted es miembro de Superior. No deje que nadie más use su tarjeta de identificación de Superior.

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

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

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

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

La comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) le enviará su tarjeta de identificación de Medicaid. Si no ha recibido su tarjeta de identificación de Medicaid, por favor llame a HHSC, al 1-800-252-8263.

Si tiene doble elegibilidad (recibe tanto Medicaid como Medicare), su tarjeta de identificación no tendrá el nombre ni el número de teléfono de su médico. Esto se debe a que podrá acudir a su médico de Medicare.

En este manual le explicaremos los servicios de cuidados a largo plazo.

Medicaid

Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

Cuando usted o su hijo obtengan la aprobación para Medicaid, recibirán una tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid para todos los días. Debe llevarla consigo, debidamente resguardada, tal y como se hace con la licencia de manejar o una tarjeta de crédito. Cuando usted vaya a una cita médica, el médico puede usar la tarjeta para saber si usted es beneficiario de Medicaid.

Se le dará una sola tarjeta, y solo en caso de que la pierda o se la roben, recibirá una nueva tarjeta. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando a la línea gratuita 1-800-252-8263, o a través de internet puede solicitar o imprimir una tarjeta temporal en www.YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de si tiene cobertura de Medicaid, puede averiguarlo llamando al número gratuito 1-800-252-8263. También puede llamar al 2-1-1. Primero, seleccione el idioma y después oprima el 2.

El expediente con la información sobre su salud es una lista de los servicios médicos y los medicamentos que usted ha obtenido a través de Medicaid. Compartimos esa información con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita usted. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame a la línea gratuita 1-800-252-8263 o bien visite el sitio www.YourTexasBenefits.com y elija no compartir la información de salud.

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

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

Puede visitar el sitio web que aparece en el dorso de la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid (www.YourTexasBenefits.com) o llamar al número gratuito que se incluye (1-800-252-8263), si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta. Si usted olvida su tarjeta, el médico, el dentista o la farmacia pueden asegurarse, ya sea por teléfono o por Internet, de que usted reciba los beneficios de Medicaid.

El portal del beneficiario de YourTexasBenefits.com de Medicaid

El portal del beneficiario de Medicaid le permite realizar lo siguiente a cualquier persona que participe en su caso:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid.
- Ver los planes de seguro médico y dental del beneficiario.
- Ver la información relacionada con los beneficios que recibe.
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas.
- Ver las alertas emitidas al público.
- Ver diagnósticos y tratamientos.
- Ver historial de vacunas.
- Ver los medicamentos recetados.
- Elegir si el beneficiario da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible.

Acceda al portal en: www.YourTexasBenefits.com.

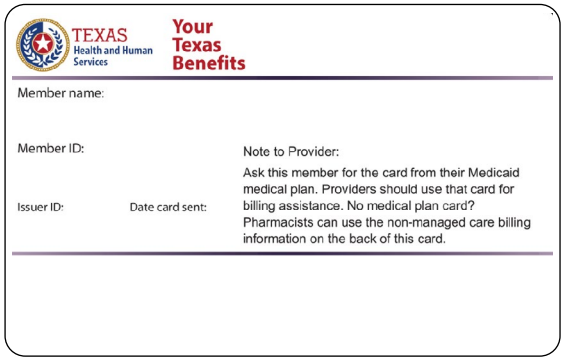
Medicaid

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

Nota: El portal YourTexasBenefits.com de Medicaid para beneficiarios ofrece información únicamente a los beneficiarios inscritos. Los representantes legalmente autorizados tienen acceso a los datos de cualquier persona que participe en su caso.

Si pierde la tarjeta de identificación de Medicaid Your Texas Benefits, puede pedir otra si llama gratis al número 1-800-252-8263. Le proporcionarán un formulario de verificación temporal - Formulario 1027-A. Puede utilizar este formulario hasta que reciba otra tarjeta.

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


TEXAS Health and Human Services
Your Texas Benefits

Member name:

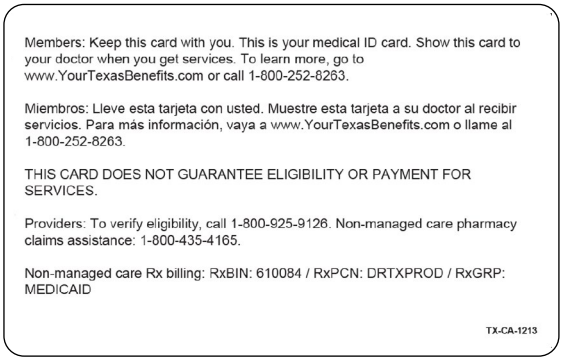
Member ID:

Issuer ID:

Date card sent:

Note to Provider:

Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.


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

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

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.

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

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

TX-CA-1213

Medicaid

Seguros privados y Medicaid

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

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

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

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

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

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

¿Qué pasa si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde su cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de antes.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

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

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

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

Recibir atención médica - Proveedores de cuidado prmario

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Cuando se inscribió en Superior, usted o su centro geriátrico eligió un médico de nuestra lista de proveedores como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Esta persona va a:

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

¿Puede ser un especialista mi PCP?

Superior permitirá que especialistas actúen como un proveedor atención primaria (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 sea su PCP. O, llame a Servicios para miembros al 1-877-277-9772 para pedir ayuda.

Si es mujer, puede escoger un obstetra (OB) o un ginecólogo (GYN) como su PCP. Llame a Superior al 1-877-277-9772 para buscar un proveedor obstetra ginecólogo que también sea PCP.

¿Se me asignará un médico si tengo Medicare?

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

¿Cómo cambiar el PCP mío?

Si no está satisfecho con el doctor suyo, converse primero con ellos. Si aún no está satisfecho, llame a su Coordinador de servicios de Superior al 1-877-277-9772. Pueden ayudarle a escoger a un doctor nuevo.

¿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.

¿Cómo veo a mi PCP si no concurre a mi hogar de ancianos?

Su centro geriátrico le brindará transporte para trasladarse y regresar de sus citas médicas cuando sean fuera del centro. Si necesita ayuda con el transporte, un Coordinador de servicios lo asistirá.

¿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 zona, llame a Superior al 1-877-277-9772 y le ayudaremos a elegir otro médico cerca de usted. Recibirá una carta de Superior avisándole cuándo será el último día en que su doctor es proveedor de la red de Superior y pidiéndole a usted que llame a Superior para que le podamos ayudar a escoger un doctor nuevo.

¿Dónde puedo encontrar una lista de proveedores de Superior?

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

Recibir atención médica - Proveedores de cuidado primario

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

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

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

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

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

¿Qué es un plan de incentivos médicos?

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

Recibir atención especializada

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

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

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

¿Qué es un referido?

El doctor le consultará sobre las necesidades suyas y le ayudará a preparar una visita a un especialista que puede ofrecerle la mejor atención. Esto se llama un referido. Dado que su centro de enfermería ayudará a coordinar su atención, no necesita una referencia para obtener los servicios necesarios.

¿Qué servicios no requieren un referido?

No necesita un referido de su Proveedor de atención primaria (PCP) para:

- Servicios de emergencia verdadera
- Atención de obstetricia/ginecología
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios dentales de rutina (para niños)
- Servicios de planificación familiar
- Tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias

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

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

¿Necesita Superior aprobar los referidos de servicios médicos especializados?

Ciertos referidos suyo podrían necesitar autorización de Superior para asegurar que el especialista pertenezca a Superior, y que la visita al especialista o el procedimiento especial sean necesarios. En esos casos, el doctor primero debe que llamar a Superior. Si ni usted ni su doctor están seguros de cuáles servicios especializados necesitan autorización, Superior le puede dar esa información. Superior estudiará la solicitud de servicios especializados y responderá con una decisión.

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

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

¿Cómo pido una segunda opinión?

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

Recibir atención especializada

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

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

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

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

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

En caso que la admisión sea por la sala de emergencias:

Si necesita una admisión urgente o de emergencia en el hospital, debe obtener atención médica de inmediato. Su centro de enfermería le notificará a Superior tan pronto como sea posible para informarnos de la admisión.

Consejo sobre salud de Superior

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

Recibir atención médica - Sólo para mujeres

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

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

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

- Obstetras
- Ginecólogos
- Enfermeras parteras acreditadas

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

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

Aviso importante para la mujer

Superior le permite elegir a cualquier obstetra ginecólogo, tanto si ese médico pertenece al mismo grupo que su médico de atención primaria (PCP) como si no. Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a servicios del PCP. Los servicios de obstetricia y ginecología incluyen, entre otros, los siguientes:

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

¿Cómo escoger un ginecoobstetra?

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

¿Si no escojo un ginecoobstetra, tendré acceso directo?

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

¿Podríamos seguir yo con un ginecoobstetra fuera de Superior?

Si el ginecoobstetra suyo no pertenece a Superior, por favor llame de Servicios para miembros al 1-877-277-9772. Colaboraremos con su doctor para que pueda seguirle atendiendo, o con mucho gusto nosotros le ayudaremos a escoger un doctor nuevo de nuestro plan.

Si contacto a mi obstetra ginecólogo para programar una cita, ¿con qué rapidez me puedan atender?

Si está embarazada, el médico la atenderá dentro de las dos (2) semanas posteriores al pedido de su cita.

Recibir atención médica - Sólo para mujeres

Recursos para la salud mental materna

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

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

Para encontrar un proveedor

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

Proceso de evaluación y Referido

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

Apoyo y asistencia

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

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

Acceso a la atención - programas especiales de salud

Programa Healthy Texas Women

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Acceso a la atención - programas especiales de salud

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

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

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en https://www.healthytexaswomen.org/find-doctor.

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

Programa de planificación familiar de Healthy Texas Women

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

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

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

Recibir atención médica - Las citas

¿Cómo programo una cita?

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

Por favor, cumpla con su cita. Si no puede cumplir con su cita, comuníquelo al consultorio lo antes posible. Esta cancelación le permitirá al consultorio otorgarle con anticipación la cita a otro paciente.

¿Qué debemos traer cuando yo visitamos al doctor?

Si visita a un médico externo al centro geriátrico, debe llevar con usted su tarjeta de identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación de Superior para recibir cualquier tipo de servicio de atención médica. Cada vez tendrá que presentar su identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación de Superior.

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

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

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

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

¿Qué hago si estoy fuera del estado?

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

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Apenas tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios del Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) llamando al 2-1-1 y a Servicios para miembros de Superior HealthPlan al 1-877-277-9772. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a Superior, salvo que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de Superior hasta que el HHSC cambie su dirección.

Recibir atención médica - Cambiar su plan de salud

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

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

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

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

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

¿Puede Superior HealthPlan solicitar que deje de participar en su plan médico (por falta de cumplimiento, etc.)?

Sí. Superior podría pedir la exclusión de un miembro del plan por "causa justificada". Por "causa justificada" se entiende, entre otros actos, lo siguiente:

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

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

Consejo sobre salud de Superior

Si está teniendo problemas para controlar su atención médica, Superior tiene Coordinadores de servicios que pueden ayudar. Llame a Coordinación de servicios al 1-877-277-9772 para obtener ayuda.

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

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

Superior cuenta con personal que habla en inglés y en español. Si habla otro idioma o es sordo/tiene problemas auditivos y necesita ayuda, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772 (TTY 1-800-735-2989).

También puede llamar a Servicios para miembros al 1-877-277-9772 si necesita que alguien lo/la acompañe a una visita médica para ayudarle a entender el idioma. Superior colabora estrechamente con empresas que cuentan con personas que hablan diferentes idiomas y que también pueden actuar como intérpretes de lenguaje de señas.

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

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

Servicios de transporte de Superior para los residentes de centros para convalecientes

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

El centro para convalecientes es responsable de brindar servicios de transporte periódicos que no sean de emergencia. Si es médicamente necesario, Superior brinda transporte en ambulancia que no sea de emergencia para los miembros que necesiten de este servicio. El Programa de Transporte Médico de Superior HealthPlan está disponible para los miembros que se encuentren en el centro de enfermería y necesiten transporte para sus citas de diálisis.

¿Cómo obtengo este servicio?

Para obtener transporte en ambulancia que no sea de emergencia, su proveedor tiene que comunicarse con Superior para pedir que se autoricen estos servicios.

Para solicitar transporte para citas de diálisis, puede llamar a SafeRide Health, proporcionado por Superior HealthPlan, sin costo al 1-855-932-2318.

Los especialistas de transporte de SafeRide Health están disponibles para tomar solicitudes por teléfono los días de semana de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora estándar central (CT).

SafeRide Health exige un aviso de al menos dos (2) días hábiles para la mayoría de las solicitudes, pero intentará atender las solicitudes urgentes. Los miembros deben realizar su solicitud con la máxima anticipación posible.

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

Información útil

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

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

¿A quién llamo para solicitar transporte para una cita médica?

Si necesita transporte para ir a su cita médica, llame a Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772.

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.
- La visita de telesalud con un proveedor de la red de Superior está sujeta a los mismos copagos, coseguros y montos deducibles que una visita personal con un proveedor de la red.

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

¡Reciba premios por darle prioridad a su salud!

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

La definición de atención

¿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 atenderá dentro de dos (2) semanas (antes si posible).

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

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

¿Qué es la atención médica urgente?

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

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

¿Qué debo hacer si necesito atención médica de emergencia?

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de Superior. Para recibir ayuda, llámenos gratis al 1-877-277-9772.

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.

¿Con qué rapidez puedo esperar a que me atiendan para recibir atención de urgencia?

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 Medicaid de Superior.

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

La atención médica de emergencia se presta para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. El tiempo de espera de emergencia será basado en sus necesidades médicas y determinado por el centro de emergencia que lo está tratando.

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

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

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

La definición de atención

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

¿Necesito autorización previa?

Usted no necesita autorización previa de su médico de atención primaria para la atención médica de emergencia.

¿Qué es la posestabilización?

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

Consejo de Salud de Superior:

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

¿Qué significa atención médica?

¿A dónde debo ir para obtener atención?

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

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

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

Vea a su PCP si necesita:

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

¿Necesita consultar a su psiquiatra?

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

Consulte al psiquiatra en los siguientes casos:

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

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

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

Nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 es una línea telefónica gratuita para información de salud. Los enfermeros están disponibles para contestar preguntas sobre su salud y conseguirle ayuda. Llame al 1-877-277-9772.

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

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

¿Necesita servicios de telesalud?

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

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

¿Qué significa atención médica?

¿Necesita ir a un centro de atención urgente?

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

Visite su centro de atención urgente más cercano para:

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

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

¿Necesita ir a la sala de emergencia?

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

Vaya inmediatamente a una sala de emergencia si tiene:

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

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

¿Qué significa atención médica?

Adónde ir para recibir atención

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

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

Sí | No

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

Acuda inmediatamente a una sala de emergencias para:

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

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

Sí | No

¿Quiere consultar a un medico?

¿Quiere consultar con un enfermero para que lo aconseje?

¿El consultorio de su medico esta abierto?

Sí | No

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

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

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

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

La definición de atención

¿Qué significa “médicamente necesario”?

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

Médicamente necesario significa:

(1) Para los miembros mayores de 21 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 padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;

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

(c) cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica 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 posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;

(f) no son experimentales ni de estudio; Y

(g) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y

(2) Para miembros mayores de 21 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 y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;

(d) se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;

(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.

Superior solo determinará la necesidad médica de servicios adicionales de centros para convalecientes y servicios de atención de casos agudos. Los servicios adicionales de centros para convalecientes son, entre otros, servicios dentales de emergencia, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y aparatos de comunicación por audio.

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 page 43.

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Muchos beneficios están cubiertos para los miembros que viven en un centro geriátrico. Estos incluyen servicios básicos de salud (cuidados intensivos) y servicios de atención a largo plazo. Los residentes que tienen Medicaid y Medicare (duales elegibles) recibirán servicios básicos de salud a través de Medicare y servicios de atención a largo plazo a través de Medicaid STAR+PLUS.

¿Existen limitaciones en los servicios cubiertos?

Algunos servicios de Medicaid para adultos (mayores de 21 años) sí tienen limitaciones, como la atención hospitalizada para la salud del comportamiento, los servicios de atención domiciliaria y los servicios de terapia. Si tiene preguntas acerca de las limitaciones de los beneficios cubiertos, consulte con su médico o llame a Superior al 1-877-277-9772. Le informaremos si algún servicio cubierto tiene limitaciones.

¿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:

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

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

Beneficios y servicios

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

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

¿Cuáles servicios no están cubiertos por STAR+PLUS Nursing Facility?

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

- Servicios o artículos que sirven sólo para propósitos cosméticos.
- Artículos para la limpieza y el arreglo personal.
- Servicios que se consideran como experimentales o para la investigación.
- Cirugía de reafirmación de género.
- Servicios no aprobados por el proveedor principal, a no ser que no se necesite la aprobación del proveedor (por ejemplo, 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.

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

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

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

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

Administración de casos para niños y mujeres embarazadas

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

¿Quién puede obtener un administrador de casos de CPW?

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

¿Cómo puedo obtener un administrador de casos de CPW?

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

¿Qué servicios puedo recibir a través de Medicaid pero que no están cubiertos por Superior?

- Examen de admisión previa y revisión de residente (PASRR) - PASRR es un requisito federal que permite determinar si un individuo está debidamente colocado en un hogar de ancianos para cuidados a largo plazo.
- Programa de hospicio - este programa les brinda a los miembros con enfermedades terminales cuidado para aliviar el dolor o para otros problemas médicos.

Beneficios y servicios

Planificación centrada en la persona

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

Usted trabajará con su coordinador de servicios durante su planificación centrada en la persona y elegirá a las personas que desee incluir en el proceso. Su plan centrado en la persona incluirá temas como:

- Sus fortalezas y preferencias.
- Sus objetivos y resultados deseados.
- Los servicios y apoyos que son importantes para usted y que satisfacen las necesidades identificadas a través de su evaluación funcional.
- La manera en que quiere que se proporcionen sus servicios y los proveedores que usted ha elegido para dichos servicios.
- Le entregarán una copia firmada y fácil de entender del plan acordado. También puede obtener una copia para las personas que desee incluir en su planificación. Algunos de los formularios que el Coordinador de servicios podría completar como parte del proceso centrado en la persona son el Nivel de cuidado según la necesidad médica, el Plan de servicios individuales, la Evaluación funcional de necesidades y la Evaluación autodirigida de servicios (de ser pertinente).

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

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

Los servicios a largo plazo son beneficios que le ayudan a mantenerse saludable e independiente en su hogar o comunidad. Los servicios a largo plazo le ayudan con las necesidades funcionales como bañarse, vestirse, tomar medicamento o preparar alimentos. Son igual de importantes como los servicios de cuidado agudo. Superior ofrece acceso directo a los especialistas adecuados para sus condiciones y necesidades. No necesita una remisión de un médico para recibir estos servicios. Para obtener estos servicios, llame al 1-877-277-9772.

¿Qué son los beneficios de los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) del centro de enfermería?

Si decide dejar el centro de enfermería para vivir en un entorno de la comunidad, hay dos beneficios para la atención a largo plazo disponibles para todos los miembros de Superior elegibles:

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

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

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

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

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

Beneficios y servicios

Servicios dirigidos al consumidor

Los servicios dirigidos al consumidor (CDS) ofrecen una manera de tener más opciones y control sobre algunos de los servicios de apoyo a largo plazo que recibe. Como miembro de STAR+PLUS, si decide volver a su comunidad, puede elegir la opción de servicios dirigidos 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 puede administrar en CDS:

- Cuidado de asistente
- Habilitación de CFC
- Servicios de asistencia personal de CFC
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Enfermería
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Atención de relevo
- Terapia del habla

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

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

Opción de responsabilidad del servicio

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

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

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

Opción de agencia

En el modelo de agencia, usted o su representante legal autorizado eligen una agencia para contratar, controlar y despedir (si fuera necesario) a la persona que proporciona servicios. 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.

¿En qué cambian mis beneficios si me traslado a vivir en una comunidad?

No habrá cambios en sus beneficios. Sus beneficios de atención médica básica estarán cubiertos por Superior independientemente de si usted vive o no en un centro geriátrico.

Beneficios y servicios

Salud del comportamiento

¿Cómo puedo recibir ayuda si yo tenemos problemas de salud mental o con las drogas, o si tengo problemas de salud del comportamiento?

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

¿Necesito un referido?

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

¿Cómo sé si necesito ayuda?

Podría necesitar ayuda si usted:

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

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

¿Qué se hace en 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 1-877-277-9772 para que alguien le ayude a usted o a su hijo con la depresión, enfermedad mental, trastorno por consumo de sustancias o asuntos emocionales.

La Línea 988 para la Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana a personas en situación de crisis suicida o angustia relacionada con la salud mental. Llame, envíe un mensaje de texto o chatee al 988 si está experimentando una crisis relacionada con la salud del comportamiento, incluidos los pensamientos de suicidio, la salud mental, la crisis por consumo de sustancias o cualquier otro tipo de crisis emocional.

¿Qué debe hacer si usted ya estan bajo tratamiento?

Si usted ya reciben atención, pregúnte a su proveedor si está en la red de Superior. Si dice que sí, no tiene que hacer nada. Si dice que no, llame al 1-877-277-9772. Le pediremos al proveedor suyo que se una a nuestra red. Deseamos que usted reciban la atención que necesitan. Si su proveedor no quiere incorporarse a la red de Superior, colaboraremos con el proveedor y seguiremos atendiéndole a usted hasta que los expedientes médicos puedan ser transferidos a un nuevo doctor.

Beneficios y servicios

Modelo de atención colaborativa

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

Cuidado de la vista

¿Cómo obtengo servicos de cuidado de la vista?

Bajo Medicaid, los servicios incluir:

- Puede recibir un examen de la vista y anteojos cada dos (2) años. No puede obtener el reemplazo de sus anteojos si serompen o los pierde.

Con Superior, también puede recibir servicios extra de la vista. El centro geriátrico puede ayudarle a encontrar un proveedor. No necesita un referido de su doctor para ver al doctor de la vista para el cuidado rutinario de la vista. Algunos doctores de la vista también le pueden dar tratamiento para enfermedades de la vista que no requieren cirugía. Los servicios de cuidado de la vista los puede obtener de Centene Vision Services. Para escoger un doctor de la vista, llame a Superior al 1-877-277-9772 o a Centene Vision Services, al 1-866-897-4785 para recibir ayuda.

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

Cuidado dental

¿Qué hago si necesito cuidado dental de emergencia?

Durante horas normales de trabajo llame a su dentista de cabecera para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si necesita servicios dentales de emergencia después de que la oficina de su dentista de cabecera haya cerrado, llámenos a la línea gratuita al 1-877-277-9772 o llame al 911.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

Superior cubre de manera limitada servicios dentales de emergencia para:

- Luxación mandibular.
- Daño traumático de los dientes y las estructuras de soporte.
- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales en los dientes o las encías.
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

Beneficios y servicios

Superior es responsable de los servicios dentales de emergencia brindados a los miembros de Medicaid en el entorno de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos el hospital, el doctor y los servicios médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos son, entre otros:

- Alivio de dolor intenso en una cavidad bucal relacionado con una infección grave o hinchazón.
- Reparación de daños por pérdida de dientes debido a trauma (solo atención de casos agudos, no se hace restauración).
- Reducción abierta o cerrada de una fractura de la maxila o la mandíbula.
- Incisión y drenaje de celulitis.
- Reparación de una laceración en o cerca de la cavidad bucal.
- Extirpación de neoplasias, incluso lesiones, tumores y quistes benignos, premalignos y malignos.
- Endodoncia. El pago está sujeto a una revisión de la necesidad dental y se tiene que hacer radiografías antes y después de la cirugía.
- Extracciones: un solo diente permanente; un solo diente primario; dientes supernumerarios; inclusión de los tejidos blandos; inclusión ósea parcial; inclusión ósea completa; extracción quirúrgica del diente o la punta de la raíz residual.

¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?

Superior no es responsable de pagar los servicios dentales periódicos que reciben los miembros de Medicaid. Sin embargo, Superior es responsable de pagar el tratamiento y los aparatos para anomalías craneofaciales.

Servicios especiales

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

Estos servicios ayudan a los miembros con enfermedades mentales y problemas emocionales o de comportamiento graves. Superior también puede ayudar a que los miembros obtengan mejor acceso a los cuidados y servicios de apoyo comunitario mediante administración de casos especializada para salud mental.

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

Superior ofrece los servicios siguientes:

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

Servicios extra de salud del comportamiento:

- Recursos por Internet para la salud mental a través de una aplicación para la Web y para dispositivos móviles que ofrece una variedad de recursos para apoyar la salud mental y el bienestar general. Los miembros también pueden participar en programas personalizados de aprendizaje virtual para abordar problemas de depresión, ansiedad, estrés, dolor crónico, consumo de sustancias y sueño.

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

Coordinación de servicios

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

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

- Identificar las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del miembro.
- Tratar cualquier necesidad particular del miembro que podría mejorar los resultados y su salud o bienestar.
- Ayudar al miembro para asegurar que tenga acceso coordinado y oportuno a una variedad de servicios o servicios cubiertos por Medicaid para los que califica.
- Colaborar con el centro para convalecientes para asegurar que se obtengan los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del miembro.
- Coordinar la prestación de servicios para los miembros que están haciendo la transición para volver a la comunidad.

Superior quiere que usted se mantenga seguro y saludable, que se involucre en su plan de servicios y que viva donde usted escoja. Le asignaremos un coordinador de servicios a todos los miembros de Superior STAR+PLUS Nursing Facility que residan en un centro geriátrico.

Servicios especiales

¿Qué hago para hablar con un Coordinador de servicios?

Si desea hablar con un Coordinador de servicios de Superior, llame al 1-877-277-9772. Nuestros empleados están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. con excepción de los días festivos aprobados por el estado. También puede comunicarse con el personal de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana. Ellos pueden responder sus preguntas relacionadas con la salud después del horario habitual y los fines de semana.

¿Qué tan frecuentemente hablaré 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. Su Coordinador de servicios lo visitará dentro de los primeros 30 días en el centro de enfermería. En adelante, lo visitará cada tres meses. Si usted necesita los servicios de un Coordinador de servicios o tiene alguna pregunta, llame por favor al 1-877-277-9772.

Administracíon de atención

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

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

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

Si decide dejar el centro de enfermería para volver a su comunidad, puede acceder al programa de Administración de atención. Aunque nuestras enfermeras pueden ayudarle, sabemos que quizás no lo desee. Si no desea participar en el programa de Administración de atención, puede abandonarlo en cualquier momento llamando a su enfermera/o. Además:

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

Control de enfermedades

El equipo de atención de su centro de enfermería se asegurará de que esté recibiendo toda la atención que necesita. Si opta por volver a la comunidad, Superior tiene programas para el control de enfermedades a su disposición.

A continuación, se proporcionan los detalles sobre cada uno de estos programas. Superior trabajará con usted y su cuidador, si tiene uno, para ayudarle a obtener la atención que necesita.

Servicios especiales

Programa de asma

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

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

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

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

Programas de esquizofrenia y trastorno bipolar

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

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

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

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

Programa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)

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

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

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

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

Servicios especiales

Programa de dolor crónico

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

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

Programa para la insuficiencia cardiaca

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

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

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

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

Programa para tratar la depresión

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

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

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

Programa de diabetes

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

- Sentirse cansados, con sueño o con malestar.
- Tener mucha sed.
- Tener que ir a baño con frecuencia.
- O podrían no sentir ninguna diferencia.

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

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

- Quiere saber cómo cuidarse bien de los pies.

Programa de enfermedades del corazón

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

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

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

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

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

Programas de estilo de vida

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

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

Depresión perinatal

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

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

Programa para trastornos por consumo de sustancias

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

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

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

Servicios especiales

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 1-877-277-9772 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.

Ayuda para necesidades especiales de atención médica

¿Con qué otros servicios puede ayudarme Superior?

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

¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?

Si tiene necesidades especiales de atención médica, como una enfermedad grave continua, discapacidad o afecciones crónicas o complejas, llame a Superior al 1-877-277-9772. Podemos ayudarle a programar una cita con uno de nuestros médicos que atiende a pacientes con necesidades especiales. Superior ofrece acceso directo a especialistas que se adaptan a sus condiciones y necesidades. No necesita un referido de un médico para recibir estos servicios. También le daremos un referido a uno de nuestros administradores de atención que:

- Le ayudará a obtener la atención y los servicios que necesita.
- Desarrollará un plan de atención con su ayuda y la de su médico.
- Le dará seguimiento a su progreso y se asegurará de que está recibiendo la atención que necesita.
- Contestará sus preguntas de atención médica.

Servicios de planificación familiar

Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar?

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

¿Necesito 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://www.healthytexaswomen.org/healthcare-programs/family-planning-program, o puede llamar Superior al 1-877-277-9772 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

Consejo sobre salud de Superior

Los medicamentos pueden ser seguros si se toman correctamente. Pueden ayudarlo a sentirse mejor cuando está enfermo. Los medicamentos también permiten mantener controlado un problema de salud.

Aquí encontrará algunos consejos para utilizar los medicamentos de forma segura:

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

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

Servicios de farmacia

¿Cuáles son mis beneficos de medicamento recetado?

Cuando el centro de enfermería usa una farmacia que habitualmente presta servicios a centros de enfermería y está dentro de la red de Superior, usted recibe medicinas recetadas sin límite a través de su cobertura de Medicaid. Es posible que algunas medicinas no estén cubiertas a través de Medicaid. La farmacia trabajará con el médico y el centro de enfermería para hacerles saber qué medicinas no tienen cobertura o para ayudarles a encontrar otra medicina con cobertura. Llame a Superior al 1-877-277-9772 en caso de tener preguntas.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid cubre la mayoría de los medicamentos que su médico considere necesarios. Su doctor le hará una receta y la enviará por teléfono, fax o electrónicamente al centro para convalecientes para que le pidan, surtan, dispensen y administren el medicamento a usted.

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

Si hay algún problema para que obtenga sus medicinas, la farmacia que le presta servicios a su centro de enfermería trabajará con su médico y/o el Servicio de ayuda de farmacia para resolverlo. Lo harán por usted.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red? ¿Qué debo llevar conmigo a la farmacia? ¿Qué debe proporcionarle el centro de enfermería a la farmacia?

Superior proporciona medicamentos recetados para todos sus miembros a través de las farmacias que tienen un contrato con Superior. Las farmacias que prestan servicios a los centros de enfermería también tienen un contrato con Superior. Si no reside en un centro de enfermería, puede surtir sus recetas en la mayoría de las farmacias de Texas. Si reside en un centro de enfermería, este trabajará con el médico para surtir sus medicinas en una farmacia contratada. Si actualmente no reside en un centro de enfermería y necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a Superior al 1-877-277-9772. También puede encontrar una lista de farmacias por Internet usando nuestra herramienta Encontrar un proveedor en SuperiorHealthPlan.com/EUP.

Recuerde: Siempre lleve al consultorio médico y a la farmacia su tarjeta de identificación de miembro de Superior y su tarjeta de identificación de Medicaid. Su centro de enfermería necesitará una copia de estas tarjetas para compartir con la farmacia que le presta servicios.

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

Superior tiene muchas farmacias contratadas que pueden surtir sus medicamentos, incluidos aquellos que les prestan servicios a los centros de enfermería según lo determinado por Superior. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro de Superior en la farmacia y en su centro de enfermería. El centro de enfermería compartirá esta información con la farmacia. La farmacia también puede optar por realizar un contrato con Superior. Si actualmente no reside en un centro de enfermería y la farmacia le informa que no acepta a miembros de Superior, puede llamar a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772. Podemos ayudarle a encontrar una farmacia que surta sus medicinas. Si usted elige surtir sus medicinas en una farmacia que no acepta a miembros de Superior, usted deberá pagar por ellas.

¿Qué hago para que me envíen los medicamentos?

Las farmacias que les prestan servicios a los centros de enfermería organizan la entrega de las medicinas directamente en los centros. Si actualmente no reside en un centro de enfermería, Superior puede enviarle una gran variedad de medicinas por correo. Algunas farmacias de Superior ofrecen servicios de entrega a domicilio. Llame a los Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772 para conocer más sobre el pedido por correo o para encontrar una farmacia que ofrezca servicios de entrega a domicilio en su área.

Servicios de farmacia

¿Qué hago si pierdo mi medicamento?

No es común que un centro de enfermería pierda su medicina. Sin embargo, si esto sucede, Superior trabajará con el centro de enfermería y con la farmacia para ayudarle. Si actualmente no reside en un centro de enfermería y pierde sus medicinas, llame a su médico o clínica para obtener ayuda. Si el consultorio de su médico o la clínica están cerrados, la farmacia donde obtuvo sus medicinas podrá ayudar. También puede llamar a los Servicios para miembros de Superior al 1-877-277-9772.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no es posible localizar a su médico para aprobar una receta, es posible que la farmacia que le presta servicios a su centro de enfermería consiga un suministro de emergencia de sus medicinas para tres días. Si es necesario, el personal de la farmacia puede llamar al Servicio de ayuda de farmacia.

¿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 el plan Medicare al que usted pertenece 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.
- Todos los planes exigen que usted pague de por cada receta.
- No hay límite a la cantidad de recetas que le pueden dispensar cada mes.

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

¿Qué pasa si también tengo otro seguro principal?

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

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

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

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

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

Beneficios de bonos y servicios

¿Qué beneficios y servicios adicionales obtiene un 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:

- **Careopolis y Kiddopoolis**. 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.
- **Servicios de apoyo para el Examen de Desarrollo Educativo General (GED)**. Superior ayuda a los miembros con diagnóstico de discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) a alcanzar metas para mejorar su calidad de vida ofreciéndoles acceso a recursos que les ayuden a aprobar el GED. Superior ayudará a todos los miembros interesados mediante la entrega de materiales de preparación para el GED y la identificación de centros de administración del examen disponibles cerca de donde se encuentra el miembro. Los miembros deben llevar 60 días inscritos en Superior para reunir los requisitos. El servicio de valor agregado se limita a uno solo durante la vida del miembro.
- **Joy for All™**. Los miembros que reúnen los requisitos pueden recibir una mascota de compañía de peluche a batería Joy for All™. Los miembros deben estar inscritos en el Programa de Administración de la Atención del Entrenamiento en Adaptación Cognitiva durante 60 días. Limitado a miembros en Dallas, Travis y la zona rural de prestación de servicios de Medicaid (MRSA) en el centro. Los servicios de valor agregado deben contar con la autorización previa del Departamento de Administración de la Atención de Superior. Este incentivo está limitado a uno solo durante la vida del miembro.
- **Programa de recuperación del consumo de nicotina**. Herramienta por Internet para ayudar a dejar de fumar y de vapear.
- **Paquete de bienvenida del centro de enfermería**. Kit de bienvenida para todos los miembros con y sin elegibilidad doble que cumplan los requisitos. Los kits de bienvenida incluyen artículos de uso personal como gorra de baño, manta, calcetines antideslizantes, taza de café, botella de agua, lupa con luz, bolso grande, juego de Sudoku y crucigramas.
- **Recursos para la salud mental por Internet**. Herramienta por Internet para brindar apoyo a la salud mental y al bienestar general.

Nota: los servicios de valor agregado que figuran a continuación no corresponden a los miembros con elegibilidad doble.

- **Programa de incentivos de seguimiento tras visitas a la sala de emergencias (ER) de salud del comportamiento**. Tarjeta de recompensa de $20 para los miembros que completen una visita de seguimiento con un profesional de la atención médica dentro de los 7 días posteriores a una visita a la sala de emergencias por trastorno por consumo de sustancias. Los miembros pueden acceder a este servicio de valor agregado 1 vez al año. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Programa de incentivo para pruebas de detección de cáncer de cuello de útero**. Recompensa de $50 para miembros de STAR+PLUS que sean mujeres de entre 21 y 64 años, que tengan riesgo promedio de padecer cáncer de cuello de útero y que completen una prueba de detección recomendada. Limitado a una recompensa de $50 por año. Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Incentivo para las pruebas de diabetes**. Recompensa de $20 cada 6 meses para los miembros de STAR+PLUS que padezcan diabetes. Los miembros deben completar una prueba de azúcar en sangre (HbA1c) que dé un resultado inferior a 8 para recibir las recompensas. Este servicio de valor agregado está limitado a dos recompensas de $20 por año.
- **Beneficios dentales adicionales**. Superior ofrece beneficios dentales adicionales, entre los que se incluyen:
  - $750 para chequeos y limpiezas, radiografías, tratamientos con fluoruro o una extracción simple para los miembros de STAR+PLUS sin elegibilidad dual, que no participan en el programa de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS). Limitado a miembros en Dallas, Hidalgo, Travis y la zona rural de prestación de servicios de

Medicaid (MRSA) en el centro.

- $500 para chequeos y limpiezas, radiografías, tratamientos con fluoruro o una extracción simple para los miembros de STAR+PLUS sin elegibilidad dual, que no participan del programa de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) en Nueces.
- $250 por año para servicios dentales de chequeos, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro para los miembros de STAR+PLUS sin elegibilidad dual, que no participan del programa de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS). Limitado a miembros en Lubbock y la zona rural de prestación de servicios de Medicaid (MRSA) en el oeste.

- **Servicios oftalmológicos adicionales**. Los miembros pueden acceder a una asignación de $150 una vez al año para una actualización de armazones y cristales de anteojos o lentes de contacto no cubiertos por Medicaid. La cobertura es para armazones y cristales nuevos, 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 por la atención de la vista no cubierto por Medicaid que supere los $150.
- **Programa de incentivo de seguimiento para pacientes hospitalizados**. Tarjeta de recompensa de $20 para todos los miembros que sean admitidos en un centro para pacientes hospitalizados por un diagnóstico relacionado con la salud mental o el abuso de sustancias y que acudan a una visita médica de seguimiento dentro de los 7 días del alta del hospital. Los miembros pueden acceder a este servicio de valor agregado 1 vez al año.

*__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 los Servicios para miembros al 1-877-277-9772 para inscribirse. Si realiza actividades que dan derecho a recompensas a partir del 1 de septiembre de 2026, antes de que comience el plazo de inscripción el 1 de enero de 2027, seguirá recibiendo dichas recompensas. Una vez que se haya inscrito, las recompensas a las que tenga derecho y que haya acumulado antes de la inscripción se agregarán a su tarjeta de My Health Pays®.

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

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

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

Ellos le ayudarán con asuntos tales como:

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

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

Buscamos nuevos tratamientos para ofrecerle una mejor atención

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

más actualizados tipos de atención médica para usted.

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

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

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

Superior organiza 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 1-877-277-9772 o visitando SuperiorHealthPlan.com/Eventos.

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.

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

Superior quiere que lleve una vida saludable. Si opta por volver a la comunidad, Superior puede ayudarle a encontrar clases de educación para la salud disponibles para usted. Algunos programas comunitarios de educación para la salud son los siguientes:

- Clases de nutrición
- Clases de reanimación cardiopulmonar (RCP)
- Clases de dieta saludable

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

Directivas anticipadas

¿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** – Este formulario da un poder a la persona que firma. Esta persona puede tomar decisiones sobre su atención médica si usted no es capaz de hacerlo.
- **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 (3) años después de ser firmada o cualquier en momento en que desee cancelarla, a menos que un tribunal haya considerado que está incapacitado.
- **No Resucite Fuera del Hospital** – Le indica a su doctor qué hacer si usted está a punto de morir. En el Estado de Texas su doctor debe obedecer esta petición si usted está demasiado enfermo.

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

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

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

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

Consejo de salud de Superior

La obesidad puede causar numerosos problemas de salud o empeorar enfermedades existentes. Si le preocupa su peso, hable con su médico.

Facturación

¿Qué debo hacer si recibo una factura de mis proveedores? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitarán?

Si usted recibe Medicaid, no le deberían facturar por ningún servicio cubierto por Medicaid. El personal de su centro de enfermería debe asegurarse de que todos los proveedores que le proporcionaron atención en el centro de enfermería estén inscritos en Texas Medicaid. Si usted va a proveedores fuera del centro de enfermería, deben estar inscritos en Texas Medicaid y deben estar contratados por Superior. Si recibe una factura de un proveedor de Medicaid, llame a Servicios para miembros al 1-877-277-9772.

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

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

Nota: Si va a un proveedor que no está inscrito en Texas Medicaid y/o no está registrado como proveedor de Superior, es posible que Superior no le pague a dicho doctor y que usted reciba una factura por los servicios.

¿Qué son ingresos contables? ¿Cuáles son mis responsabilidades? ¿Qué hago si recibo una factura de mi médico o centro geriátrico?

Son los ingresos personales del miembro que, como beneficiario de Medicaid, tiene que proporcionar al centro para convalecientes como parte de su participación en los costos. Cada vez que el centro para convalecientes envía un cobro a Medicaid, el miembro tiene que entregarle al centro sus ingresos contables. La cantidad se determina al dividir la cantidad total de los ingresos mensuales por el número de días que el miembro vive en el centro cada mes. Al miembro se le permite quedarse con $75 para sus gastos personales.

¿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.

Si tiene cobertura de Medicare y de Medicaid (elegibilidad doble), no se le pueden facturar los “gastos compartidos” de Medicare, que incluyen montos deducibles, coseguros o copagos que están cubiertos por Medicaid. Esos gastos deben ser facturados a Medicare Advantage Plan (MAP), que también los reembolsa, si usted tiene una plan de Medicare administrado, o a 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, y deben ser facturados a TMHP, que también debe reembolsarlos.

Información útil

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

Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios

¿Qué debo hacer si tengo una queja sobre mi atención médica, mi proveedor, mi Coordinador de servicios o mi plan médico? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. Si tiene alguna queja, por favor llame gratis al 1-877-277-9772 para explicarnos el problema. Los miembros pueden presentar quejas al Superior verbalmente o por escrito, en cualquier momento. Hay una variedad de maneras en que una queja miembros pueden ser objeto. Su médico, centro de enfermería o representante legalmente autorizado también pueden presentar una queja en su nombre.

Las quejas verbales se aceptarán a través de nuestro Servicios para miembros llamando al 1-877-277-9772. Las quejas por escrito pueden presentar en línea a través de la página web de Superior en https://www-es.superiorhealthplan.com/members/medicaid/resources/complaints-appeals.html. Clic en "Contáctenos". Puede enviar el formulario por correo a:

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

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

¿Puede alguien de Superior ayudarme a presentar una queja?

Su Coordinador de servicios puede ayudarle a presentar una queja. Simplemente llame al 1-877-277-9772. El defensor de miembros de Superior también puede ayudarle a presentar una queja. Simplemente llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772. 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 plazos para presentar una queja?

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

¿Cuánto tiempo se demora para procesar mi queja?

La mayoría de las veces le podemos ayudar de inmediato o, como mucho, dentro de unos pocos días. Cuando se recibe una queja, usted recibirá una confirmación por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles. Luego, Superior tiene treinta (30) días para resolver su queja por escrito.

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

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

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

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

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

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

Cómo obtener ayuda con los beneficios y servicios

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

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

Si los servicios cubiertos por Medicaid son denegados, reducidos, suspendidos o cancelados, tiene derecho a apelar la decisión de Superior. Usted puede apelar total o parcialmente la denegación de Superior respecto a un reclamo. La denegación de Superior se denomina "decisión adversa de beneficios". 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 tiene cobertura de Medicaid y Medicare (doble derecho), la mayoría de los servicios de cuidados agudos que recibe durante su estadía en un centro de enfermería, como las visitas del médico, los medicamentos, las pruebas de laboratorio y las radiografías, 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.

Apelaciones interna del plan médico

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

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

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

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

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

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 obtener ayuda con los beneficios y servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Usted, su proveedor o su representante legal autorizado pueden solicitar una apelación de emergencia llamando a Superior al 1-877-398-9461. Para apelaciones relacionadas con los servicios de farmacia, llame a los Servicios de farmacia de Centene (CPS) al 1-833-236-9334. 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 u otro portavoz pueden presentar una apelación de emergencia en su nombre. Su coordinador de servicios puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre cómo presentar una apelación de emergencia.

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

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

externa si una Organización de Revisión Independiente ya ha completado la revisión y tomado una decisión.

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

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

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

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

Audiencias imparciales estatales

¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?

Antes de solicitar una audiencia imparcial estatal, debe completar el proceso de apelación interna del plan médico a través de Superior HealthPlan. **Si no está de acuerdo con la decisión de Superior sobre su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal del Departamento de 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.

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

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

Otros recursos disponibles para los miembros

Servicios y Derechos de los Consumidores

Los Servicios y Derechos del Consumidor (CRS, por sus siglas en inglés) es un área de HHSC que recibe quejas sobre los servicios de atención a largo plazo que se les brindó a los individuos en cualquier tipo de centro o institución. Las quejas provienen de una serie de fuentes y varios formatos.

La acusación (afirmación sobre la violación de un requisito de licencia o certificación) a través de una queja puede surgir directamente de los individuos o residentes, familiares, los proveedores de atención médica, los defensores, las fuerzas de seguridad u otros organismos estatales. Las denuncias pueden ser orales o escritas.

Un incidente denunciado por el mismo organismo es una notificación oficial que presenta un proveedor regulado por la HHSC de Texas ante el organismo otorgante de licencias y encargado de inspecciones estatales donde denuncia que el bienestar, la salud mental o la salud física de un individuo o miembro han sido perjudicados o podrían ser perjudicados por motivos de abuso, negligencia o maltrato. Estas denuncias también incluyen lesiones de origen desconocido y explotación o apropiación indebida de los bienes de una persona o un afiliado.

Información de contacto:

Sitio web de CRS: https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/consumer-rights-services
Número telefónico: 1-800-458-9858

Defensor del pueblo sobre el Cuidado a Largo Plazo

El programa del Defensor del pueblo estatal sobre el Cuidado a Largo Plazo (CLP) opera a través del Texas HHSC, abogados de los derechos de las personas que viven en hogares de ancianos e instituciones de vida asistida para que puedan recibir una calidad óptima de atención y alcancen un alto nivel de calidad de vida. El Defensor del Pueblo para el CLP es responsable de detectar, investigar y resolver quejas sobre eventos que podrían perjudicar la salud, la seguridad, el bienestar o los derechos de las personas que viven en centros geriátricos o instituciones de vida asistida. En Texas y a través de 28 organismos del área

para personas de la tercera edad, los defensores del pueblo certificados prestan servicios a los afiliados, sus familias y amigos. El personal profesional supervisa a los voluntarios.

Información de contacto:

Sitio web del Defensor del Pueblo sobre el CLP: https://apps.hhs.texas.gov/News_info/ombudsman/

Podrá encontrar una lista de los 28 organismos para personas de la tercera edad así como su información de contacto en: https://apps.hhs.texas.gov/contact/aaa.cfm.

Operaciones y cumplimiento de normas de atención médica administrada

Operaciones y cumplimiento de normas de atención médica administrada de la Texas HHSC en la división de atención gestionada, recibe quejas, inquietudes o solicitudes de baja provenientes de los proveedores y afiliados o a través de fuentes secundarias, como la Oficina del Defensor del Pueblo, las oficinas legislativas (división de relaciones externas), los defensores de afiliados (familia), el programa de medicamentos de proveedores, el Departamento de Familia y Servicios de Protección u otros actores.

Operaciones y cumplimiento de normas de atención médica administrada utiliza un buzón designado para recibir consultas relacionadas con el Managed Care Organization (MCO): "HPM_complaints@hhsc.state.tx.us"

Oficina del Ombudsman de HHSC

La Oficina de Servicios Humanos y de la Salud de Texas (HHSC) de Ombudsman ayuda a las personas en los casos donde el proceso normal de quejas del organismo no puede resolver o no resuelve satisfactoriamente el problema. Los servicios de la Oficina del Defensor del Pueblo incluyen los siguientes:

- Llevar a cabo revisiones independientes de quejas relacionadas con las prácticas o políticas del organismo.
- Asegurar que las políticas y prácticas concuerden con los objetivos de Servicios Humanos y de la Salud de Texas.
- Asegurar que los individuos reciban un tratamiento justo, con respeto y dignidad.
- Hacer recomendaciones a otros organismos, según corresponda.

Información de contacto:

Sitio web: https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/hhs-office-ombudsman
Teléfono: 1-877-787-8999

Derechos y responsabilidades

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos del miembro:

1. Tiene derecho a gozar de respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad y a no ser discriminado. Eso incluye el derecho a
   a) Ser tratado justa y respetuosamente.
   b) Saber que sus expedientes médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán privados y confidenciales.
2. Tiene derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted visitará la mayoría del tiempo y quién coordinará su atención médica. Tiene derecho a cambiarse a otro plan o proveedor de una manera razonable y fácil. Eso incluye el derecho
   a) Ser informado cómo elegir y cambiar su plan de salud y su PCP.
   b) Elegir cualquier plan de salud que desee que esté disponible en su área y de elegir a su PCP del plan.
   c) Cambiar su PCP.
   d) Cambiar su plan de salud sin multa.
   e) Ser informado sobre cómo cambiar su plan de salud y su PCP.
3. Tiene derecho de hacer preguntas y recibir respuestas sobre cualquier tema que no entienda. Eso incluye el derecho a:
   a) Que le explique su proveedor acerca las necesidades de su plan de salud y de conversar sobre diferentes maneras en que pueden ser tratados su problemas de atención médica.
   b) Que le explique por qué no recibió cierta atención médica u otros servicios.
   c.) Recibir información sobre su salud, el plan, los servicios y los proveedores.
   d.) Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene derecho de aceptar o negar tratamiento y de participar activamente en las decisiones sobre el tratamiento. Eso incluye el derecho a:
   a) Trabajar en equipo con su doctor para decidir cuál es la mejor atención médica para usted.
   b) Decir sí o no a las recomendaciones de su proveedor respecto a su atención médica.
5. Tiene derecho a hacer uso de todos los procesos de apelación y quejas disponibles a través de la organización de atención médica administrada y de Medicaid, y a recibir una respuesta oportuna a las quejas, las apelaciones internas del plan médico, las revisiones médicas externas y las audiencias imparciales estatales. Eso incluye el derecho a:
   a) Presentar una queja ante su plan médico o el programa estatal de Medicaid en relación con la atención médica, el proveedor o el plan médico.
   b) Recibir una respuesta oportuna a su queja.
   c) Usar el proceso de apelación del plan y a que le informen cómo hacer uso de este proceso.
   d) Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.
   e) Solicitar una audiencia imparcial estatal con o sin revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.
6. Tiene derecho de recibir acceso a la salud dentro de un tiempo justo que no tenga barreras de comunicación ni físicas para el acceso. Eso incluye el derecho a:
   a) Tener acceso por teléfono a un profesional médico las 24 horas del día, 7 días a la semana para recibir cualquier atención de emergencia o de urgencia que necesite.
   b) Recibir atención médica dentro de un tiempo justo.
   c) Poder comunicarse con la oficina de atención médica del proveedor. Eso incluye acceso sin barreras para personas con discapacidad o alguna otra condición que limite la movilidad, conforme a la Ley de Ciudadanos Americanos con Discapacidades.
   d) Tener traductores, si necesita, en las citas con el proveedor y cuando habla con representantes del plan

de salud. Los traductores son personas que pueden hablar en su idioma nativo, que pueden ayudar a una persona con discapacidad, o que le pueden ayudar a que entienda la información.

e) Recibir información que puede comprender sobre los reglamentos de su plan de salud, que incluye cuáles servicios de salud puede recibir y cómo puede recibirlos.

7. 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.
8. Tiene derecho de saber que sus doctores, hospitales y otras personas que le atienden le pueden aconsejar sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que esas personas le den información, aún cuando esa atención o tratamiento no esté cubierto.
9. 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.
10. Hacer recomendaciones sobre las normas de derechos y responsabilidades de los miembros de Superior.

Resposabilidades del miembro:

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

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

Derechos y responsabilidades

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

- Información sobre Superior y nuestros proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluye nombres, direcciones, números de teléfono, idiomas hablados (aparte del inglés), identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes y calificaciones de cada proveedor de la red, como:
  - Calificaciones profesionales
  - Especialidad
  - Escuela médica a la que asistió
  - Finalización de la residencia
  - Estado de certificación ante el Consejo
  - Datos demográficos
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelación interna del plan médico, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal.
- Información sobre el Programa de Mejora de la Calidad de Superior. Para solicitar una copia impresa, llame a los Servicios para miembros al 1-877-277-9772 o visite nuestro sitio web en www-es.SuperiorHealthPlan.com/MejoradelaCalidad.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, requisitos de autorización, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normals de consulta y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
  - La explicación de un estado médicos de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
  - El hecho de que no necesita autorización previa de su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para recibir atención de emergencia.
  - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
  - Las direcciónes de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
  - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
  - Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el PCP no presta.
- Las pautas de práctica de Superior.

Confidencialidad

Cuando usted hablan con alguien, usted comparte datos privados. El proveedor de su sólo puede compartir estos datos al personal que está ayudando con la atención de su. Estos datos se pueden compartir con otros sólo cuando usted está de acuerdo.

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.

Usos y divulgación permitidos de su PHI:

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

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

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

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

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

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

Aviso de prácticas de privacidad

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 y tejidos.
- **Amenazas contra la seguridad y la salud**: podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o reducir una amenaza inminente o grave contra la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especiales**: si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según las exigencias de las autoridades de los comandos militares. También podemos divulgar su PHI:
  - A oficiales federales autorizados por motivos de seguridad nacional
  - Al Departamento de Estado para realizar determinaciones de idoneidad médica
  - Para realizar actividades de inteligencia
  - Para llevar a cabo servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas
- **Indemnizaciones laborales**: podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionados con las indemnizaciones laborales u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios para enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, independientemente de la culpa.
- **Situaciones de emergencia**: podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o ausente, a un familiar, un amigo personal cercano, una agencia autorizada de asistencia en casos de catástrofes o cualquier otra persona que usted haya identificado previamente. Usaremos nuestro juicio y experiencia profesionales para determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si es así, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos**: si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de las fuerzas de seguridad, podemos revelar su PHI a la institución correccional o al oficial de las fuerzas de seguridad cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica, para proteger su salud o seguridad, o la salud o la seguridad de otras personas, o para la seguridad y la protección de la institución correccional.
- **Investigación**: en determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores si los estudios de investigación clínica que desarrollan fueron aprobados, y en los casos en que existan garantías específicas para asegurar la protección y la privacidad de su PHI.

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

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

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

Aviso de prácticas de privacidad

Derechos individuales

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

- **Derecho a revocar una autorización**: puede revocar su autorización en cualquier momento; dicha revocación debe hacerse por escrito. La revocación será válida de inmediato, excepto en la medida en que ya hayamos realizado acciones en virtud de la autorización y antes de que hayamos recibido su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones**: tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para las operaciones de atención médica, pagos o tratamientos; y en la divulgación a personas que participan en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que pide y a quienes se las debe aplicar. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción salvo que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, limitaremos el uso o la divulgación de la PHI para las operaciones de atención médica o pagos a un plan médico cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad de los servicios o el artículo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su PHI a través de medios o ubicaciones alternativos. Este derecho es aplicable únicamente si la información pudiese generar algún riesgo para usted si no se la comunicara a través de los medios o ubicaciones alternativos que usted quiere. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría generar algún riesgo para usted si no se modificaran la ubicación o los medios de comunicación. Debemos aceptar su solicitud si es razonable y si especifica los medios o ubicaciones alternativos donde debemos enviar su PHI.
- **Derecho a acceder a su PHI y a recibir una copia de ella**: tiene derecho, con algunas excepciones, a leer su PHI incluida en un conjunto de registros designados o a obtener copias de ella. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo por razones prácticas. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si el motivo de la denegación se puede rever y cómo solicitar dicha revisión, o si la denegación no se puede rever.
- **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.

Aviso de prácticas de privacidad

- **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 a**l 1-800-368-1019 (TTY: 1-866-788-4989) o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.

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

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

Información de contacto

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

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

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

Verificación electrónica de visitas

TEXAS Health and Human Services

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

Formulario 1718-S
Abril de 2023

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

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

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

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

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

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

Sección I: Sus responsabilidades

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

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

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

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

Sección II: Información adicional

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

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

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

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

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

Verificación electrónica de visitas

Sección III. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Opción 1

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

Opción 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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 Texas 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.

Fraude, despilfarro y abuso

¿Quiere denunciar el fraude, despilfarro o 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.

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

Glosario de términos

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

Notas

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

www-es.SuperiorHealthPlan.com