superior healthplan™

# STAR Health

## Manual para Miembros

www-es.FosterCareTX.com

SHP_202613351 09_2026

Embracing Every Child
STAR Health

TEXAS Health and Human Services

# Números importantes

Si tiene alguna pregunta, por favor, llámenos al 1-866-912-6283. El personal de Servicios para miembros de Superior HealthPlan le ayudará. Nuestro personal está disponible de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes se excluyen los días festivos aprobados por el estado. Puede contactarse con un enfermero las 24 horas, los 7 días de la semana. Pueden responder sus preguntas relacionadas con la salud después del horario habitual y los fines de semana. Llame al 1-866-912-6283. Hay empleados bilingües en inglés y 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 | 1-866-912-6283 |
| Relay Texas/TTY (personas sordas/con problemas auditivos) | 1-800-735-2989 |
| Línea de ayuda de farmacias (medicamentos con receta) | 1-866-912-6283 |
| Programa de Transporte Médico de Superior proporcionado por SafeRide Health | 1-877-932-2318 |
| Servicios de la vista (Centene Vision Services) | 1-866-642-9488 |
| Servicios de salud mental y abuso de sustancias | 1-866-912-6283 |
| Teladoc (servicios de telesalud) | 1-800-835-2362 |
| Servicios dentales (DentaQuest) | 1-888-308-4766 |
| Línea de crisis contra el alcohol y las drogas | 1-866-912-6283 |
| Representantes de servicios de salud comunitaria (servicios comunitarios adicionales) | 1-866-912-6283 |
| Defensor de miembros | 1-866-912-6283 |
| Línea de ayuda atención administrada de Medicaid | 1-866-566-8989 |
| Línea de ayuda del program STAR Health de Texas | 1-866-912-6283 |

## Servicios de salud del comportamiento

Puede obtener ayuda inmediata para problemas de salud del comportamiento y/o trastornos por consumo de sustancias llamando al 1-866-912-6283. Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y hablar con un profesional de la salud mental matriculado. Le ayudaremos a encontrar el mejor proveedor para usted o su hijo/a. No necesita obtener una derivación de su proveedor de atención primaria para estos servicios. Puede acudir a cualquier médico de salud del comportamiento que esté dentro de la red. Llame al 911 si usted o su hijo/a tiene alguna 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 tiene que esperar a que surja una emergencia para pedir ayuda. Nuestro personal es bilingüe en inglés y español. Si habla otro idioma o tiene problemas de audición, llame al 1-866-912-6283 para obtener ayuda. También puede llamar y enviar mensajes de texto al 988, o chatear con el mismo número. La Línea 988 para la Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana a personas en situación de crisis suicida o angustia relacionada con la salud mental.

## Coordinación de Servicios

Los Coordinadores de servicios de Superior están disponibles para ayudarle a coordinar los servicios de salud mental y abuso de sustancias de usted o de su hijo. También podemos ayudarle a entender los servicios y beneficios de STAR Health. Por favor, llámenos al 1-866-912-6283.

# Números importantes

## Atención de emergencia

Llame al 911 o vaya al hospital/centro de emergencia más cercano si piensa que necesita atención de emergencia. Puede llamar al 911 para que le indiquen cómo llegar a la sala de emergencias del hospital. Si recibe servicios de emergencia, llame a su médico para preparar una visita de seguimiento tan pronto como sea posible. Asegúrese de llamar a Superior al 1-866-912-6283 y háganos saber el tipo de atención de emergencia que recibió. La definición de una emergencia según Superior es cuando usted siente que tiene una condición médica grave, o cuando la falta de atención médica inmediata podría causar que pierda su vida, la vida de su hijo, una extremidad o la vista.

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

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

# Declaración de no discriminación

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

**Superior:**

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

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

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

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

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

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

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

# Ayuda con la comunicación

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

# Ayuda con la comunicación

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

# Tabla de contenidos


## Introducción

Acerca de su plan de salud ..... 1
Portal y aplicación móvil para miembros de Superior ..... 2
Su tarjeta de identificación de Superior ..... 3
Su tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas ..... 4

## Solo para los niños en hogares sustitutos

Pasaporte de salud ..... 5
Un otorgante de consentimiento médico ..... 5

## Cómo acceder a la atención médica: proveedores de atención primaria

Su proveedor de atención primaria ..... 7
Cómo cambiar de proveedor de atención primaria ..... 7
Cómo recibir atención médica fuera del horario del consultorio médico ..... 7
El médico ya no se encuentra en la red ..... 9

## Cómo acceder a la atención médica de especialistas

Referencia a especialistas ..... 10
Servicios que no requieren referencia ..... 10
Cómo obtener autorización para recibir servicios médicos de especialistas ..... 10
Cómo solicitar una segunda opinión ..... 11
Cómo obtener admisión en un hospital ..... 11

## Cómo obtener servicios de un obstetra-ginecólogo para usted o su hija

Cómo obtener servicios de un obstetra ginecólogo para usted o su hija ..... 12
Cómo elegir un obstetra ginecólogo ..... 12

## Cómo acceder a la atención médica: mujeres embarazadas y madres primerizas

Cómo proceder si está embarazada ..... 13
Otros servicios/actividades/educación para mujeres embarazadas ..... 13
Cómo elegir el proveedor de atención primaria para su bebé ..... 13
Cómo cambiar el médico de su bebé ..... 13
Cómo inscribir a su bebé en un plan de salud ..... 13
Recursos para la salud mental materna ..... 14

## Cómo acceder a la atención médica: citas

Cómo programar una cita ..... 16
Qué necesitará traer con usted para la consulta médica ..... 16
Cómo acceder a la atención médica cuando está fuera de la ciudad o de viaje ..... 16

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

Servicios de intérprete ..... 18
Programa de Transporte Médico de Superior (servicios de transporte médico para casos de no emergencia) ..... 18
Cómo presentar una queja sobre los servicios de transporte ..... 20
Servicios de telesalud ..... 20
Historia clínica digital ..... 20

# Tabla de contenidos

## Definición de atención


Atención médica de urgencia ... 22
Atención posterior a la estabilización ... 22
Atención médica urgente ... 22
Atención médica de rutina ... 22
¿Qué significa atención médica? ... 23
Definir el término médicamente necesario ... 26


## Beneficios y servicios cubiertos


Sus beneficios ... 27
Limitaciones de los servicios ... 30
Servicios no cubiertos ... 31


## Beneficios y servicios adicionales


Estimulación temprana (ECI, por sus siglas en inglés) ... 32
Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW) ... 33
Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) ... 34
Equipo medico duradero (DME) ... 35
Servicios de análisis del comportamiento aplicado (ABA) ... 35
Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias) ... 36
Cómo obtener ayuda por problemas relacionados con la salud del comportamiento y las drogas ... 36
Cómo saber si necesita ayuda ... 36
Cómo proceder ante una urgencia por salud del comportamiento ... 36
Cómo proceder si usted o su hijo se encuentra actualmente en tratamiento ... 37
Modelo de atención colaborativa ... 37
Atención dental ... 37
Atención de la visión ... 37


## Servicios especiales


Servicios y entornos alternativos ... 39
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos ... 39
Cómo obtener Programa de Hospitalización Parcial y los servicios ambulatorios intensivos ... 39
Solicitar una apelación de servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos ... 40
Administración de casos y rehabilitación ... 40
Confidencialidad ... 41
Servicios para lesbianas, gais, bisexuals, transgénero o aquellos que no están seguros de su orientación sexual (LGBTQ+) ... 41
Ayuda para necesidades especiales de atención médica ... 41
Verificación electrónica de visitas (EVV) ... 42
Los fundamentos del “Community First Choice” (CFC) ... 43
Servicios de atención personal ... 43
Servicios dirigidos al consumidor (CDS) ... 43
Abuso, la negligencia y la explotación ... 44
Otros servicios ... 45
Nuevos tratamientos para atenderlo ... 45


## Servicios de planificación familiar


Cómo obtener servicios de planificación familiar ... 46

# Tabla de contenidos

Cómo encontrar un proveedor de planificación familiar ... 46

## Examen medico en 3 dias

Examen médico inicial en 3 días ... 47
Cronograma de los exámenes ... 47
Evaluación de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS) 3.0 de Texas ... 47

## Pasos Sanos de Texas

Acerca de Texas Health Steps ... 48
Cuándo obtener el servicio de atención de Texas Health Steps para su hijo ... 48
Cómo programar una cita de Texas Health Steps ... 49
Cómo cancelar una cita de Texas Health Steps ... 49
Atención de Texas Health Steps cuando está fuera de la ciudad ... 49

## Servicios de farmacia

Cómo obtener recetas médicas ... 50
Cómo proceder si tiene problemas para obtener recetas médicas ... 50

## Beneficios de bonos y otros servicios

Otros beneficios para los miembros de STAR Health ... 53
Programa de Recompensas My Health Pays® para miembros de a2A ... 54
Ayuda para comprender sus beneficios ... 54
Clases de educación para la salud ... 55

## Control de enfermedades

Programa sobre el asma ... 56
Programa para trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ... 56
Programa para la depression ... 56
Programa de diabetes ... 56
Programa de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo ... 57
Programa de Administración del Estilo de Vida ... 57
Programa de estilo de vida ... 57
Programa de Depresión Perinatal y Posparto ... 58
Programa de tratamiento por consumo de sustancias durante el embarazo ... 58
Start Smart for Your Baby® (SSFB) ... 58

## Coordinación de servicios

Coordinación de servicio ... 59

## Directivas anticipadas

Cómo proceder si usted está muy enfermo para tomar una decisión médica ... 60

## Facturas médicas

Cómo proceder si recibe una factura de su médico ... 61

## Quejas y apelación de quejas

Cómo presentar una queja ... 62
Cómo obtener ayuda para presentar una queja ... 62
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja? ... 63

# Tabla de contenidos


## Denegación médica previa y continuación de los servicios

Denegación previa ..... 64

## Determinaciones adversas de beneficios, apelaciones interna del plan médico, apelaciones externas

Continuación de los servicios autorizados actuales ..... 65
Apelaciones interna del plan médico ..... 65
Apelaciones interna de emergencia del plan médico ..... 66
Apelaciones externas ..... 67
Revisiones médica externa ..... 67
Solicitar una audiencia imparcial estatal ..... 68

## Derechos y responsabilidades

Derechos de los miembros ..... 70
Responsabilidades de los miembros ..... 71
Información disponible para los miembros ..... 72
Plan de incentivos médicos ..... 73
Aviso de privacidad para los miembros ..... 73

## Aviso de prácticas de privacidad ..... 74

## Derechos y responsabilidades de la verificación electrónica de visitas (EVV) ..... 80

## Fraude, malgasto y abuso

Cómo denunciar un caso de fraude, malgasto y abuso por parte de un beneficiario de Medicaid ..... 85
Cómo denunciar un caso de fraude, malgasto y abuso por parte de un proveedor ..... 85

## Opción electiva del otorgante del consentimiento médico de pagar por cuenta propia por servicios de proveedores fuera de la red

Opción electiva del otorgante del consentimiento médico de pagar por cuenta propia por servicios de proveedores fuera de la red (solo miembros bajo tutela del DFPS) ..... 86

## Glosario de términos ..... 87

# Introducción

## ¿Quiénes somos?

STAR Health ofrece atención médica a los niños de Texas que están en el Programa estatal de cuidado temporal. Superior presta los servicios bajo un contrato con Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC). Superior trabaja con muchos doctores, clínicas y hospitales para darle atención médica a usted o su hijo. Usted o su hijo recibirá atención médica de doctores que participan en la red de proveedores de Superior. Puede recibir chequeos periódicos, otros exámenes, cuidado primario y atención de especialistas cuando la necesite. Superior también cuenta con hospitales, especialistas, laboratorios y muchos más proveedores cuando usted o su hijo los necesite.

**Tiene que usar un proveedor de Superior para recibir servicios de salud.**

Recibirá la tarjeta de identificación de miembro de usted o de su hijo por correo cuando se haya inscrito en Superior. Tendrá el nombre del proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) de usted o de su hijo y el teléfono del consultorio. Lleve esta tarjeta de identificación y la tarjeta de identificación de Medicaid de usted o de su hijo en todo momento. Muestre la tarjeta de Superior y la tarjeta de identificación de Medicaid al doctor para que sepa que tiene cobertura por medio de Superior. Si no entiende este manual para miembros o necesita ayuda para leerlo, llame a Servicios para miembros. Podemos explicarle 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.FosterCareTX.com. También puede solicitar copias impresas de esta información a los Servicios para miembros.

**Para más información, llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283.**

***Recuerde:***

- El formulario 2085B del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (DFPS) es un formulario de DFPS que se envía al cuidador del niño. Muestra el nombre del otorgante de consentimiento médico del niño y el número de identificación del DFPS. Los doctores usan esta forma para verificar la elegibilidad del niño y su otorgante de consentimiento médico. Las farmacias también pueden usar esto para verificar la elegibilidad para procesar medicinas.
- Lleve la tarjeta de identificación de Superior y la tarjeta de identificación de Medicaid de usted o de su hijo en todo momento.
- Llame primero al PCP si usted o su hijo tiene un problema médico que NO pone en peligro su vida.
- Si no puede comunicarse con el PCP, llame a Superior al 1-866-912-6283. Podemos ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Por ley, la Plan de Salud Superior mantendrá privados los expedientes de salud de usted y su hijo. Sus charlas con los doctores u otros proveedores de atención médica también son privadas. Si usted es el otorgante de consentimiento médico, tiene el derecho de decir “Sí” o “No” a las peticiones para obtener los expedientes de usted o de su hijo hechas por alguien que no se esté ocupando de la atención médica de su hijo.

### ¡Gracias por elegir a Superior!

### 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
- Revisar sus beneficios de salud.
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal.

Para obtener más información, consulte la página 2.

# Introducción

## Portal y aplicación móvil para miembros de Superior

### Manténgase conectado

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

### Portal para miembros en línea

Configure su cuenta en 3 sencillos pasos

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

### Aplicación móvil para miembros

Configure su cuenta en 3 sencillos pasos

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

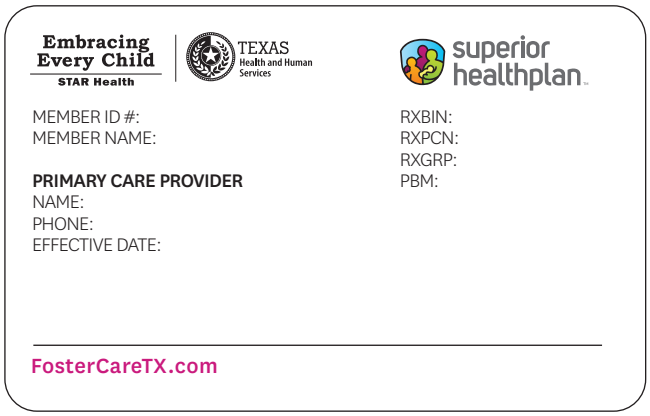
- Acceda a su tarjeta de identificación. Consulte una versión digital de su tarjeta de identificación de miembro de Superior en cualquier momento.
- Busque atención. Encuentre médicos y atención de urgencia cerca de usted, cambie su proveedor de atención primaria y más.
- Vea sus beneficios. Consulte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

Si tiene preguntas, llame a los Servicios para miembros al 1-866-912-6283.

# Introducción

## Su tarjeta de identificación de Superior

Usted recibirá por correo la tarjeta de identificación de Superior de usted o de su hijo en cuanto se inscriba en el plan. Esta es una muestra de cómo se ve el frente y el dorso de la tarjeta de identificación de Superior. Si no recibe esta tarjeta, llame a Superior al 1-866-912-6283. 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.



Lleve siempre con usted la tarjeta de identificación de Superior de usted o de su hijo y muéstrela al doctor, hospital o a la clínica donde vaya a recibir la atención que necesita. El proveedor de usted o de su hijo necesitará los datos que figuran en la tarjeta para saber que usted es miembro de Superior. No permita que nadie más use la tarjeta de identificación de Superior de usted o de su hijo.

La tarjeta de identificación de Superior está en inglés y español y tiene:

- El nombre del miembro.
- El número de identificación del miembro.
- El nombre y el teléfono del doctor.
- El teléfono gratis de Servicios para miembros de Superior las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- El teléfono gratis de servicios de Salud mental y abuso de sustancias las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Las instrucciones sobre lo que tiene que hacer en una emergencia.

Si pierde su tarjeta de identificación de Superior o necesita escoger a un nuevo doctor o PCP, llame a Superior al 1-866-912-6283. Usted o su hijo recibirá una tarjeta de identificación nueva.

Usted o su hijo recibirán una nueva tarjeta de identificación. También puede iniciar sesión en el Portal seguro para miembros o en la Aplicación móvil para miembros, guardar una versión digital de su tarjeta de identificación o solicitar su tarjeta de identificación por correo postal. Consulte la página 2 para obtener más información.

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

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) le enviará a usted o a su hijo la tarjeta de identificación de Medicaid. Si usted aún no ha recibido su tarjeta de identificación de Medicaid, llame a la HHSC al 1-800-252-8263.

# Introducción

## 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 o su hijo son beneficiarios de Medicaid.

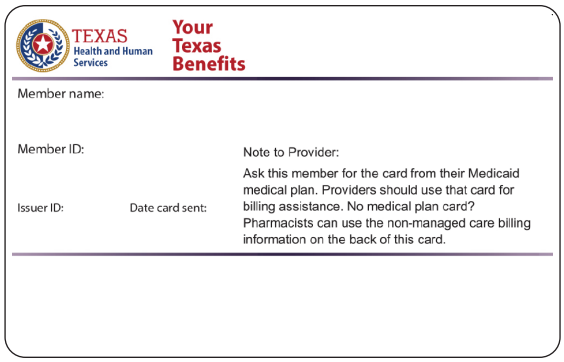
Se le dará una sola tarjeta, y solo en caso de que la pierda o se la roben recibirá una nueva tarjeta. Si actualmente está en un hogar de acogida y pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando a su trabajador social asignado. También pueden brindarle un formulario temporal denominado formulario de prueba o formulario 1027-A. Puede usar este formulario hasta que reciba una nueva tarjeta. Si en la actualidad está recibiendo Asistencia para la Adopción (AA) o Ayuda para el Cuidado de Permanencia (PCA) y ha perdido su tarjeta de Medicaid o se la han robado, puede obtener una nueva llamando a la línea gratuita de Intercambio de Recursos para la Adopción en Texas (TARE), al 1-800-233-3405.

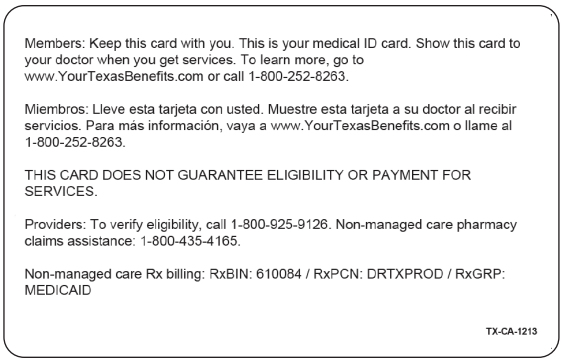
Si no está seguro de si tiene cobertura de Medicaid, puede averiguarlo llamando a los números gratuitos 2-1-1 o al 1-877-541-7905. Primero, seleccione el idioma y después oprima el 2.

La tarjeta Your Texas Benefits 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 de Medicaid en el que está inscrito. En este caso sería el programa STAR Health.
- Los datos que su farmacia necesitará para facturarle a Medicaid.

Si 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.




***Recuerde:*** Tiene que llevar con usted en todo momento la tarjeta de identificación de Superior y la tarjeta de identificación de Medicaid de usted o de su hijo.

# Solo para los niños en hogares sustitutos

## ¿Qué es el Pasaporte de salud y cómo obtengo acceso?

Muchos niños del Programa STAR Health tienen condiciones crónicas y complejas. Se necesita un equipo de profesionales médicos y de servicios de salud mental y abuso de sustancias para satisfacer las necesidades del niño. El Pasaporte de salud de Superior es un expediente de salud que da a los profesionales información sobre la atención recibida fuera de su consultorio para que puedan coordinar la atención y tomar las mejores decisiones para cada niño. Es una herramienta basada en Internet con contraseñas de seguridad para controlar quién ve la información. El Pasaporte de salud puede incluir información como:

- Informe para el paciente fácil de leer
- Historial de visitas médicas y de salud del comportamiento
- Alergias
- Resultados y evaluaciones de los análisis clínicos
- Historia del reclamo del paciente y resumen de los medicamentos
- Resultados y formularios de los Pasos Sanos de Tejas
- Curvas de crecimiento de bebés y niños

El Pasaporte de salud está disponible para la persona autorizada a otorgar consentimiento médico para un niño bajo custodia al igual que para los proveedores de atención médica, los trabajadores del DFPS y el personal de Superior autorizado. El Pasaporte de salud también está disponible para los miembros que no se encuentren bajo tutela. Incluye a los miembros de 18 años o más que hayan sido adoptados, pero que hayan decidido permanecer afiliados a STAR Health. Para obtener acceso al Pasaporte de salud:

1. Vaya al sitio web www-es.FosterCareTX.com.
2. Haga clic en “Login” en el Pasaporte de salud.
3. Siga las instrucciones para inscribirse.

***Nota:*** Para ayuda con el Pasaporte de salud, llame a la línea de ayuda al 1-866-714-7996.

## ¿Qué es un otorgante de consentimiento médico?

Un otorgante de consentimiento médico es la persona que la corte autorizó para dar consentimiento para la atención médica de un niño bajo la tutela del estado. El otorgante de consentimiento médico puede ser el padre o la madre temporal del niño, un pariente del niño o una persona nombrada por el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección. Los padres del niño también pueden ser el otorgante de consentimiento médico si sus derechos de padres no han sido terminados y la corte determina que le beneficia al niño permitir a los padres tomar las decisiones médicas en nombre del niño. Un otorgante de consentimiento médico también puede ser un niño bajo tutela que tiene por lo menos 16 años, si la corte determina que este tiene la capacidad para dar consentimiento para la atención médica.

## ¿Cuál es el papel del otorgante de consentimiento médico?

El papel del otorgante de consentimiento médico incluye dar consentimiento para la atención médica del niño y participar en las citas médicas del niño. Atención médica significa “servicios médicos y otros relacionados”. Esto puede ser, entre otros, tratamiento médico, dental, de salud mental o abuso de sustancias, y quirúrgico. Esto no es aplicable a los servicios de emergencia. Llame al 911 o vaya al hospital o centro de emergencias más cercano si cree que necesita atención de emergencia.

# Solo para los niños en hogares sustitutos

## Jóvenes que salen del cuidado temporal

Para preguntas sobre los requisitos de elegibilidad para los jóvenes que salen del cuidado temporal, por favor llame al 2-1-1. Esto incluye la inscripción en los programas de Medicaid para jóvenes en transición del sistema de acogida (MTFCY) y Niños anteriormente en el sistema de acogida (FFCC). Si llama desde afuera de Texas o tienen dificultades técnicas al marcar 2-1-1, marque el número gratuito de acceso alternativo al 1-877-541-7905. Para el acceso TTY, llame al 1-877-833-4211. Si desea obtener Servicios de ayuda de transición, llame al 1-866-912-6283 y pida hablar con un especialista en transiciones.

## Solo para los miembros que pertenecen a los programas Ayuda para la adopción/Ayuda para el cuidado de permanencia (AA/PCA), Medicaid para jóvenes en transición del sistema de acogida (MTFCY) y Niños anteriormente en el sistema de acogida (FFCC)

Los miembros inscritos en los programas Ayuda para la Adopción (AA)/Ayuda para el Cuidado de Permanencia (PCA), Medicaid para Jóvenes en Transición del Sistema de Acogida (MTFCY) y Niños Anteriormente en el Sistema de Acogida (FFCC) tienen opciones al escoger un plan médico.

## ¿Qué si deseo cambiar de plan médico? ¿A quién debo llamar?

Dependiendo de su situación específica, cambiar su plan médico puede resultar en que algunos de sus servicios cambien. Puede obtener más información sobre cómo cambiar su plan médico llamando a Servicios para miembros al 1-866-912-6283 o a la Línea de ayuda de la agencia de inscripción de Texas al 1-800-964-2777.

Si llama para cambiar su plan médico el día 15 del mes o antes, el cambio se llevará a cabo el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio se llevará a cabo el primer día del segundo mes después de su llamada. Por ejemplo:

- Si llama antes del 15 de abril, el cambio se llevará a cabo el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio se llevará a cabo el 1 de junio.

# Cómo acceder a la atención médica: proveedores de atención primaria

## ¿Qué es un proveedor de cuidado primario (PCP)?

Un PCP es el doctor que:

- Se asegurará de que usted o su hijo reciba la atención adecuada.
- Le hará a usted o a su hijo los chequeos periódicos.
- Le recetará medicamentos y artículos cuando usted o su hijo se enferme.
- Le dirá si usted o su hijo necesita ver a un especialista.

Superior selecciona automáticamente para el niño cuando este se inscribe en Superior y no tiene un PCP. Si no está contento con el doctor seleccionado, se puede cambiar. Si usted es mujer, o tiene una hija, puede escoger a un obstetra o a un ginecólogo como su PCP. Tendrá que escoger a un PCP para cada niño que llene los requisitos. Puede escoger entre:

- Pediatras (solo atienden a niños).
- Doctores de medicina general o familiar (atienden a personas de todas las edades).
- Doctores de medicina interna (por lo general atienden a adultos).
- Ginecoobstetras (atienden a mujeres).
- Centros de Salud Aprobados a Nivel Federal o Clínicas de Salud Rural.

## ¿Puede ser mi proveedor de atención primaria un especialista?

Superior permitirá que especialistas actúen como PCP para los miembros que tienen una necesidad especial de atención médica. Los especialistas deben ser aprobados por Superior antes de ser su PCP. Dígale a su especialista si desea que él/ella sea su PCP. O llame a Servicios para miembros al 1-66-912-6283 para pedir ayuda.

## ¿Puede ser una clínica mi PCP?

¡Sí! Superior le permite escoger una Clínica de Salud Rural (RHC) o un centro de salud aprobado por el gobierno federal (FQHC) como su PCP. Si tiene alguna pregunta, llame a Superior al 1-866-912-6283.

## ¿Qué ocurre si consulto a un doctor que no es mi PCP?

Su PCP es su doctor o el doctor de su hijo y se encarga de su atención o de la atención de su hijo. Guarda sus expedientes médicos, sabe qué medicamentos está tomando usted o su hijo y es la mejor persona para asegurarse de que usted reciba la atención médica que necesita. Por eso es muy importante que usted siga consultando al mismo doctor.

***Recuerde:*** Si acude a un médico que no esté inscrito como proveedor de Superior y que no sea un proveedor de Medicaid, Superior no pagará a ese médico y usted podría recibir una factura por los servicios prestados.

## ¿Cómo cambio mi PCP o el de mi hijo?

Si no está contento con su doctor, hable con él. Si todavía no está contento, llame a Superior al 1-866-912-6283. Puede ayudarle a escoger a otro doctor. Usted puede cambiar de doctor si:

- El consultorio está muy lejos de su casa.
- Tiene que esperar mucho tiempo en el consultorio.
- No puede hablar con el doctor después de las horas normales de consulta.

# Cómo acceder a la atención médica: proveedores de atención primaria

## ¿Cuándo entrará en vigor el cambio de PCP?

El cambio del doctor de usted o de su hijo entrará en vigor inmediatamente. Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación con el nombre y teléfono del nuevo doctor.

## ¿Cuántas veces puedo cambiar de PCP?

No existe un límite para la cantidad de veces que puede cambiar de proveedor de atención primaria, tanto para usted como para su hijo/a. Puede cambiar sus proveedores de atención primaria llamando a nuestra línea gratuita al 1-866-912-6283 o enviando una carta a Superior.

Los miembros pueden enviar el Formulario para solicitar un cambio de proveedor de atención primaria (PCP) por correo postal a:

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

El formulario también puede enviarse por fax al 1-866-626-6069.

El formulario de solicitud de cambio de PCP está disponible en línea en www-es.SuperiorHealthPlan.com en "Planes Medicaid y CHIP" a continuación en "Recursos para miembros", y Formularios y enlaces útiles.

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

**Recuerde:** Debe acudir al mismo médico, ya que este se familiarizará con usted y sus necesidades de atención médica.

## ¿Hay razones por las cuales se puede negar un cambio de PCP?

Si pide cambiar de doctor, se le puede negar porque:

- El nuevo doctor no acepta a pacientes nuevos.
- El nuevo doctor no es un PCP de Superior.
- Usted no es el otorgante del consentimiento médico para su hijo.

## ¿Puede mi PCP cambiarme a otro doctor pro uncumplimiento de mi parte?

Sí. Si el doctor considera que usted no está siguiendo sus consejos médicos o si usted falta a muchas citas, él puede pedir que usted vaya a otro doctor. El doctor le enviará una carta informándole que necesita escoger a otro doctor. Si esto ocurre, llame a Superior al 1-866-912-6283. Le ayudará a encontrar a otro doctor.

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

Si la recibir del doctor suyo o de su hijo está cerrada, el doctor tendrá un número que puede llamar las 24 horas del día. El doctor le puede decir lo que debe hacer en caso que no se sienta bien. Si no se puede comunicar con el doctor suyo, o si desea hablar con otra persona mientras espera que el doctor le devuelva la llamada, llame, la línea de ayuda de enfermeras de Superior al 1-800-783-5386. Nuestras enfermeras están listas para atenderle las 24 horas al día, 7 días a la semana. También puede llamar a 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. Superior lo anima a configurar su cuenta de Teladoc apenas empiece con STAR Health, de modo que su cuenta esté lista antes de necesitar ayuda.

# Cómo acceder a la atención médica: proveedores de atención primaria

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

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

Si su doctor sale del área, llame a Superior al 1-866-912-6283 y ellos le ayudarán a escoger otro doctor que le quede cerca a usted. Recibirá una carta de Superior avisándole cuándo es el último día en que su doctor es proveedor de la red de Superior y pidiéndole a usted que llame a Superior para que le podamos ayudar a escoger un doctor nuevo.

## ¿Dónde puedo encontrar una lista de proveedores de Superior?

El directorio de proveedores de Superior HealthPlan contiene una lista de los proveedores de cuidados primarios (PCP), médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica de Medicaid que están disponibles para que usted los consulte. Puede encontrar esta lista en www-es.FosterCareTX.com. Simplemente, haga clic en “Encuentre un Proveedor." Si necesita ayuda, llame a Superior al 1-866-912-6283.

**¡Reciba premios por darle prioridad a su salud!**

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

# Cómo acceder a la atención médica de especialistas

## ¿Qué hago si mi hijo necesita o yo necesito ver a un especialista?

Es posible que el doctor quiera que usted o su hijo vea a un especialista para ciertas necesidades médicas. Aunque el doctor puede atender la mayoría de necesidades médicas de usted o su hijo, a veces es posible que quiera que un especialista lo vea. Un especialista ha recibido la capacitación y tiene más experiencia tratando cierto tipo de enfermedades y lesiones. Superior cuenta con muchos especialistas que trabajarán con usted y su médico para atender sus necesidades.

## ¿Qué es un referido?

El doctor hablará con usted sobre las necesidades de usted o de su hijo y le ayudará a hacer planes para que vea al especialista que le brinde la mejor atención para usted. A esto se le llama un envío a servicios. El doctor es el único que le puede dar un envío a servicios a usted o a su hijo para que vaya a un especialista. Si usted o su hijo tiene una visita o recibe servicios de un especialista sin un envío a servicios del doctor, o si el especialista no es un proveedor de Superior, es posible que usted tenga que pagar la cuenta. En algunos casos, el ginecoobstetra también le puede dar un envío a servicios.

## ¿Para cuáles servicios no se necesita un referido?

Usted no necesita un envío a servicios para:

- Servicios de una verdadera emergencia.
- Atención de ginecoobstetricia.
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias.
- Servicios periódicos de la vista.
- Servicios dentales periódicos.
- Chequeos de Pasos Sanos de Texas.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de oftalmología u optometría terapéutica (solo para servicios que no requieren cirugía).

Los miembros que tienen discapacidades, necesidades de atención médica especiales y padecimientos crónicos o complejos tienen acceso directo a un especialista. Tener acceso directo significa que usted o su hijo no tiene que ver a su PCP antes de ver a un especialista. Si usted o su hijo necesita ver a un proveedor que no forma parte de Superior, ese proveedor tiene que llamarnos para obtener una autorización de fuera de la red antes de atenderle. Recuerde, tiene que ver a un proveedor de Superior para recibir estos servicios. Para servicios de planificación familiar y de emergencia, usted o su hijo puede ir a cualquier proveedor de Medicaid. Si necesita ayuda para obtener estos servicios, llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283.

## ¿Qué tan pronto me darán una cita con el especialista?

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

## ¿Tiene que autorizar Superior el envío a servicios médicos especializados?

Algunos envíos a especialistas podrían requerir la autorización de Superior para asegurarse de que sea un especialista de la red de Superior, y que la cita con el especialista o el procedimiento especializado sean necesarios. En estos casos, el doctor primero tiene que llamar a Superior. Si usted o su doctor no está seguro de cuáles servicios especializados requieren autorización, Superior le puede dar esa información. Superior revisará la solicitud de servicios especializados y le comunicará su decisión. Esto no tomará más de tres días laborales después de recibir toda la información necesaria de su doctor. Las decisiones sobre atención urgente se toman más rápidamente.

# Cómo acceder a la atención médica de especialistas

## ¿Qué es una autorización previa? ¿Cómo puedo obtener más información?

Algunos servicios médicos requieren la aprobación de Superior. Esta aprobación se llama autorización previa. Puede conocer más sobre qué servicios requieren autorización previa en www-es.SuperiorHealthPlan.com. Haga clic en "Planes de Medicaid y Chip" y "Recursos para miembros", y baje hasta "Autorizaciones previas". También puede llamar a los Servicios para miembros al 1-866-912-6283.

## ¿Cómo pido una segunda opinión?

Usted tiene el derecho de pedir una segunda opinión de un proveedor de Superior si no está satisfecho con el plan de atención ofrecido por el especialista. Su PCP le podrá dar un envío a servicios para una visita para una segunda opinión. Si su PCP quiere que usted vea a un especialista que no es un proveedor de Superior, esa visita debe ser autorizada por Superior.

## ¿Qué hago si mi hijo necesita o yo necesito ingresar en un hospital?

Si usted o su hijo necesita ingresar en un hospital para atención de pacientes internos, su doctor tiene que llamar a Superior para avisar del ingreso.

Superior seguirá la atención que usted o su hijo reciba mientras está en el hospital para garantizar que reciba la atención adecuada. La fecha de alta del hospital estará basada solo en la necesidad médica de quedarse en el hospital. Cuando las necesidades médicas ya no requieran servicios hospitalarios, Superior y el doctor de usted o su hijo fijarán una fecha para darle 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 apelación también están descritos en este manual en la sección sobre apelaciones.

## Si va a la sala de emergencias y deciden ingresarlo en el hospital:

Si usted o su hijo tiene un ingreso al hospital de emergencia o urgente, usted debe recibir atención médica inmediatamente y luego usted o el doctor debe llamar a Superior lo antes posible para avisar de su ingreso.

### Consejo de Superior Sobre la Salud:

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

# Cómo acceder a la atención médica: solo para mujeres jóvenes

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

Usted o su hija pueden recibir servicios obstétricos y ginecológicos de su médico. También pueden escoger a un especialista en obstetricia y ginecología para que se ocupe de las necesidades de salud sexual y reproductiva suyas o de su hija. Los especialistas de la salud de la mujer son, entre otros, los siguientes:

- Obstetras
- Ginecólogos
- Enfermeras parteras acreditadas

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.

## ¿Tengo el derecho de escoger a un ginecoobstetra como mi PCP?

Superior cuenta con algunos obstetras-ginecólogos que pueden ser el médico de atención primaria (PCP) suyo o de su hija.

## ¿Necesitaré un referido?

Usted o su hija tienen derecho a recibir los servicios de un obstetra-ginecólogo sin necesidad de contactar primero a su proveedor de atención primaria (PCP).

## ¿Cómo elijo a un obstetra ginecólogo (OB/GYN)?

Puede escoger a un obstetra-ginecólogo de la lista del directorio de proveedores de Superior. Si necesita ayuda para escoger a un obstetra-ginecólogo, llame a Superior al 1-866-912-6283. Si usted o su hija está embarazada, el obstetra-ginecólogo deberá verla a más tardar cinco días después de su cita inicial, o inmediatamente si se trata de una emergencia. Una vez que elige un obstetra- ginecólogo para usted o su hija, debe consultar siempre al mismo profesional en cada visita para que así pueda conocer sus necesidades de atención médica o las de su hija.

## Si no escojo a un ginecoobstetra, ¿Puedo tener acceso directo?

Si no elige a un obstetra-ginecólogo como proveedor de atención primaria para usted o su hija, podrá seguir recibiendo la mayoría de los servicios de un obstetra-ginecólogo de Superior sin necesidad de llamar a su médico ni de obtener la autorización de Superior. Todos los servicios de planificación familiar, obstetricia, y servicios o procedimientos ginecológicos periódicos pueden recibirse directamente del ginecoobstetra de Superior que usted escoja.

## ¿Podemos mi hija o yo consultar a un obstetra-ginecólogo que no pertenezca a la red de Superior?

Si su obstetra-ginecólogo, o el de su hija, no pertenece a la red de Superior, llame a los Servicios para miembros al 1-866-912-6283. Trabajaremos con su médico para que pueda seguir atendiéndola, o con gusto le ayudaremos a escoger un nuevo médico dentro del plan.

# Cómo acceder a la atención médica: mujeres embarazadas y madres primerizas

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

Si usted o su hija está o podría estar embarazada, programe una cita con un médico. El médico confirmará si usted o su hija está embarazada o no, y le indicará cómo cuidar del futuro bebé. Llame a Superior al 1-866-912-6283 para recibir ayuda para encontrar un Administrador de atención obstétrica si usted o su hija necesita atención adicional. Superior cuenta con programas especiales para embarazadas adolescentes y embarazos difíciles.

## Si contacto a mi obstetra-ginecólogo para programar una cita, ¿qué tan rápido podemos recibir atención?

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

## ¿Cuáles otros servicios, actividades y oportunidades de educación ofrece Superior a las mujeres embarazadas?

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

## ¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Para encontrar un centro de maternidad cercano a usted, llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283.

## ¿Puedo escoger a un PCP para mi bebé antes de que nazca? ¿A quién llamo? ¿Qué información van a necesitar?

Si contacto a mi obstetra-ginecólogo para programar una cita, ¿qué tan rápido podemos recibir atención? Si usted o su hija está embarazada, el médico la debe atender dentro de dos semanas de que solicite la cita.

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

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

Si no se ha seleccionado un médico para el bebé antes del nacimiento, se le contactará a usted o a su hija para que elijan uno. Una vez que el bebé haya cumplido treinta (30) días de vida, usted o su hija podrán cambiar el médico del bebé si desean uno distinto del que eligieron inicialmente.

## ¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?

Sin embargo, es importante que usted o su hija también se comunique con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas para informar el nacimiento del bebé a fin de asegurar que la inscripción del bebé en Medicaid se procese lo más pronto posible de modo que pueda obtener todos los servicios de atención médica que necesite.

# Cómo acceder a la atención médica: mujeres embarazadas y madres primerizas

Para comunicarse con la HHSC, llame al 2-1-1. Si llama desde fuera de Texas, también puede llamar gratuitamente al 1-877-541-7905. Para acceso TTY, llame al 1-877-833-4211. También puede iniciar sesión en el portal para miembros de la HHSC. (https://www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home)

### ¿Cómo y cuándo debo avisar al plan de salud?

Usted o su hija deben informar a Superior lo antes posible sobre el nacimiento de su bebé. Es posible que Superior ya disponga de la información sobre el nacimiento del bebé, pero llámenos por si acaso. Superior verificará con usted la fecha de nacimiento exacta del bebé de su hija y también confirmará que el nombre del bebé que tenemos registrado sea el correcto.

### ¿Cómo y cuándo debo avisar a mi trabajador de casos?

Si usted o su hija se encuentran en situación de acogida, llame a su trabajador social del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS) una vez que haya nacido su bebé o el de su hija. Usted NO TIENE que esperar hasta que usted o su hija obtenga el número de Seguro Social del bebé para inscribirlo en Medicaid. Si usted o su hija tienen Medicaid en virtud del Programa para Jóvenes en Transición del Sistema de Acogida (MTFCY) o están inscritas en el Programa para Niños que Participaron en el Sistema de Acogida (FFCC), llame a Servicios para miembros de Superior al 1-866-912-6283 cuando nazca su bebé.

## 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.

# Cómo acceder a la atención médica: mujeres embarazadas y madres primerizas

## 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 obtener más información, comuníquese con Servicios para miembros llamando al 1-866-912-6283 o visite nuestro sitio web, www-es.FosterCareTX.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.

# Cómo acceder a la atención médica: citas

## ¿Cómo hago una cita?

Puede llamar al consultorio de su médico para programar una cita. Si necesita ayuda para programar una cita o si necesita ayuda con servicios de transporte, interpretación o de otro tipo, llame a Superior al 1-866-912-6283 o comuníquese con nosotros a través de nuestro formulario por Internet ingresando a https://www-es.fostercaretx.com/contact-us/contact-us-form.html. 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, vaya a todas las citas. Si no puede ir a la cita, avise al consultorio lo antes posible. Esto les dará tiempo suficiente para ofrecer la cita a otro paciente.

## ¿Qué tengo que llevar a mi cita con el doctor o a la cita de mi hijo?

Tiene que llevar la tarjeta de identificación de Medicaid y la tarjeta de identificación de Superior cuando reciba cualquier servicio de atención médica. Tendrá que mostrar la tarjeta de identificación de Medicaid y la tarjeta de identificación de Superior cada vez que reciba servicios. Lleve también el registro de vacunas de su hijo.

Los doctores pueden usar las siguientes formas para verificar la elegibilidad y los otorgantes de consentimiento médico:

- DFPS Forma 2085B
- Tarjeta de identificación de Medicaid
- Tarjeta de identificación de Superior

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

Si la recibir del doctor suyo o de su hijo está cerrada, el doctor tendrá un número que puede llamar las 24 horas del día. El doctor le puede decir lo que debe hacer en caso que no se sienta bien. Si no se puede comunicar con el doctor suyo, o si desea hablar con otra persona mientras espera que el doctor le devuelva la llamada, Llame a la línea de asesoramiento de enfermería de Superior, disponible las 24 horas. al 1-866-912-6283. 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 pasa si no puedo encontrar a un proveedor que esté dentro de la red y cerca de donde vivo para que me proporcione servicios cubiertos?

Si no le fuera posible acceder a servicios cubiertos a través de un proveedor que esté dentro de la red, Superior trabajará con usted para permitir una derivación a un proveedor que esté fuera de la red. Los servicios derivados a un proveedor que esté fuera de la red siempre requieren autorización previa.

## ¿Qué hago o si mi hijo se enferma o se lesiona o yo me enfermo o me lesiono cuando está o estoy fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al 1-866-912-6283 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 1-866-912-6283.

# Cómo acceder a la atención médica: citas

## ¿Qué pasa si mi hijo está o yo estoy fuera del estado?

Si usted o su hijo tiene una emergencia mientras está fuera del estado, vaya a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Si usted o su hijo se enferma y necesita atención médica mientras está fuera del estado, llame a su doctor o clínica de Superior. El doctor le puede decir qué tiene que hacer si no se siente bien. Si va a un doctor, clínica o a la sala de emergencias fuera del estado, tienen que estar inscritos en Medicaid de Texas para que les pague. Por favor, muestre su forma de identificación de Medicaid de Texas y la tarjeta de identificación de Superior antes de que lo atiendan. Pida al doctor que llame a Superior para obtener un número de autorización. El teléfono al que debe llamar se encuentra en el dorso de la tarjeta de identificación de Superior.

***Importante:***
Antes de salir del estado, llame a Superior al 1-866-912-6283 y pregunte cuáles clínicas u hospitales aceptan Medicaid de Texas.

## ¿Qué hago si mi hijo o yo estamos del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

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

### ¿Puedo recibir la ayuda de un intérprete para hablar con mi doctor o el doctor de mi hijo? ¿A quién llamo para pedir los servicios de un intérprete?

Superior tiene empleados que hablan inglés y español. Si habla otro idioma o es sordo/tiene problemas auditivos y necesita ayuda, llame a los Servicios para miembros al 1-866-912-6283 (TTY 1-800-735-2989).

También puede llamar a Servicios para miembros al 1-866-912-6283 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 tengo que llamar? ¿Cómo consigo que un intérprete esté presente en el consultorio del proveedor?

Servicios para miembros puede ayudarle a hacer una cita con el doctor. Encontrarán a alguien que vaya con usted a la cita. Superior recomienda que llame al menos dos (2) días hábiles (48 horas) antes de su visita para coordinar el servicio de un intérprete en persona.

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

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

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

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

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

- Pases o boletos de transporte, como de transporte público dentro de una misma ciudad o estado, y entre distintas ciudades o estados, incluido el transporte en tren o autobús.
- Servicios de transporte en aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte a demanda, que es un transporte de acera a acera en autobús, camioneta o sedán privado, incluidos los vehículos con acceso para sillas de ruedas, en caso de ser necesario. Estos son servicios de transporte donde se lo pasa a buscar y se lo lleva hasta el lugar indicado (entrada/salida de la casa o la clínica).
- Reembolso por distancia recorrida para el participante de transporte individual (ITP), que es aquel que utiliza su propio vehículo para hacer un viaje completo verificado con el fin de obtener un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir un reembolso del costo de las comidas relacionadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria para comidas es de $25 por día para el miembro y de $25 por día para un acompañante aprobado.

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

- Si tiene 20 años o menos, podría recibir un reembolso del costo del alojamiento relacionado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a pasar la noche y no incluyen los servicios usados durante la estadía, como llamadas telefónicas, servicio de habitación o de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos antes de un viaje para cubrir servicios de NEMT (traslado/transporte) autorizados.

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

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

## Monitoreo del transporte y uso responsable

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

## ¿Cómo obtengo transporte?

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

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

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

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

## SafeRide Health

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

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

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

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

## ¿Cómo puedo saber dónde se encuentra mi transporte?

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

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

### ¿Cómo modifico o cancelo mi viaje?

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

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

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

## Servicios de telesalud

### ¿Qué son los servicios de telesalud?

Cualquier proveedor de la red de Superior puede ofrecerles servicios de telesalud a los miembros de Superior para determinadas necesidades de atención médica. Los servicios de telesalud son consultas médicas virtuales con un médico o terapeuta a través de una aplicación móvil, un vídeo por Internet u otro método electrónico.

Superior administra los servicios de telesalud con proveedores de la red de la misma forma que 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.

Usted dispone de servicios de telesalud y telemedicina de Teladoc cuando el consultorio de su médico de atención primaria (PCP) está cerrado. Teladoc es su acceso conveniente, disponible las 24 horas, a proveedores de atención médica que se encuentran dentro de la red para tratar problemas médicos que no sean de emergencia. Use Teladoc para obtener ayuda médica con enfermedades como:

- Resfriados, gripe y fiebre
- Sarpullido, afecciones de la piel
- Sinusitis, alergias
- Conjuntivitis
- Infecciones respiratorias
- 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 del día, puede inscribirse y activar su cuenta Teladoc visitando Teladochealth.com/Superior o llamando 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.

*A partir de 2022, la parte de esta norma relativa al intercambio de datos entre pagadores permitirá a los miembros antiguos y actuales de un plan solicitar que su historia clínica los siga cuando cambien de plan médico. Para obtener más información sobre esta norma, visite la sección de Intercambio de datos entre pagadores que se encuentra en la página web a continuación.La nueva norma facilita la búsqueda de información** sobre:

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

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

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

# Definición de atención

## ¿Qué es la atención médica de emergencia? ¿Qué tan pronto deberían atenderme?

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

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

El tiempo de espera para tratar una emergencia se basará en sus necesidades médicas y será determinado por el centro de atención de emergencia que le esté tratando.

## ¿Qué es la atención de 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.

## ¿Qué es la atención médica urgente?

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

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

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

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

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

## ¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

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

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

Si su o su hijo necesita un chequeo físico, esto significa que la visita es de rutina. Su doctor lo verá dentro de las dos semanas (antes si posible). Los niños deben ser atendidos de acuerdo al horario de fechas de los chequeos médicos de Pasos Sanos de Texas. Vaya a la sección Pasos Sanos de Texas que se encuentra en la página 48 para ver el horario.

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

Debe ver a un proveedor de Superior para obtener atención de urgencia o de rutina. Siempre puede llamar a Superior al 1-866-912-6283 si necesita ayuda para escoger un proveedor de Superior, o programar una cita.

# ¿Qué significa atención médica?

## ¿Adónde debería ir para recibir atención?

Cuando se enferma o lesiona, tiene varias opciones para obtener la atención que necesita. Use nuestra herramienta "Encuentre un proveedor" en www-es.FosterCareTX.com para encontrar un doctor de la red de Superior, o llame a Servicios para afiliados al 1-866-912-6283. También puede usar la Aplicación móvil de Superior o el Portal seguro para miembros para encontrar un proveedor.

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

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

Vea a su PCP si necesita:

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

## ¿Necesita consultar a su psiquiatra?

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

Consulte al psiquiatra en los siguientes casos:

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

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

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

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

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

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

## ¿Necesita servicios de telesalud?

Los servicios de telesalud están disponibles cuando los necesite a través de Teladoc. Los miembros de STAR Health pueden acceder a Teladoc llamando a la línea de asesoramiento de enfermería de Superior al 1-866-912-6283 para registrarse y acceder a una cuenta de Teladoc. Una vez que se registre, tendrá acceso a Teladoc mediante su sitio web o aplicación móvil.

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

# Definición de atención

## ¿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.

# Definición de atención

## ¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa:

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

(a) servicios de detección para la vista, dental y la audición; y

(b) otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:

(i) tiene que cumplir con Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés); y

(ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.

(2) Los servicios de atención de casos agudos, aparte de los de 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.

(3) 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.

# Beneficios y servicios cubiertos

## ¿Cuáles son los beneficios de atención médica y los servicios cubiertos para mí y para mi hijo/a? ¿Cómo podemos obtenerlos?

Su médico o el médico de su hijo/a se asegurará de que reciba los servicios que necesita. Estos servicios deben ser prestados por su médico o el médico de su hijo/a, o por un proveedor al cual su médico o el médico de su hijo/a los haya derivado. A continuación encontrará una lista de algunos de los servicios cubiertos que usted o su hijo/a pueden recibir de Superior:

- Análisis conductual aplicado (ABA)
- Atención para trastornos por consumo de alcohol y sustancias
- Servicios de audiología, incluidos audífonos, para adultos y niños
- Servicios de salud del comportamiento, que incluyen:
  - Servicios de salud mental para pacientes internados. Estos servicios podrían proporcionarse en un Hospital Psiquiátrico independiente en lugar de un entorno para pacientes internados en un Hospital de Cuidados Agudos para miembros de 21 años hasta el mes en que cumplan 22 años, limitado a un máximo de 15 días por mes. Los servicios de Hospital Psiquiátrico para pacientes internados proporcionados en un Hospital Psiquiátrico independiente a miembros menores de 21 años, o mayores de 65, son un beneficio cubierto de Medicaid y no se proporcionan en lugar de otro servicio ni existe una limitación de días para los servicios.
  - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios;
  - Servicios de psiquiatría;
  - Servicios de rehabilitación de salud mental;
  - Administración de casos específicos de salud mental
  - Servicios de tratamiento residencial y para pacientes ambulatorios por trastornos relacionados con el consumo de sustancias, que incluyen:
    - Counseling treatment
    - Evaluación
    - Servicios de desintoxicación
    - Tratamiento de asesoría
    - Terapia asistida por medicamentos
  - Programa de estabilización de crisis y alternativa a la hospitalización para niños con necesidades agudas de salud del comportamiento. En las áreas donde este servicio está disponible, Superior:
    - Utiliza equipos móviles de alcance para casos de crisis, especializados en la atención informada de traumas, para brindar asistencia, educación y entrenamiento a los miembros y a sus otorgantes de consentimiento médico y cuidadores; y
    - Proporciona servicios de estabilización de crisis y servicios integrales potenciados a los miembros que califiquen.
- Servicios de maternidad proporcionados por un médico y una Enfermera obstetra matriculada (CNM) en un centro de maternidad licenciado
- Servicios de maternidad proporcionados por un centro de maternidad licenciado
- Servicios de prueba de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer

# Beneficios y servicios cubiertos

- Servicios quiroprácticos
- Servicios de Community First Choice, que incluyen:
  - Servicios de asistencia personal
  - Habilitación
  - Servicios de respuesta a emergencias
  - Consulta de apoyo
- Servicios dentales, que incluyen:
  - Diagnósticos y preventivos, incluido el apoyo de la iniciativa estratégica First Dental Home (Primera relación entre dentista y paciente) para niños de 6 a 35 meses de Pasos Sanos de Texas
  - Terapéuticos
  - Restaurativos
  - Endodónticos
  - Periodontales
  - Prostodónticos (removibles y fijos)
  - Cirugía de implantes, oral y maxilofacial
  - Ortodónticos
  - Complementarios en general
- Diálisis
- Visitas al médico (para el cuidado del niño sano y atención médica preventiva para adultos, así como atención médica cuando usted o su hijo/a esté enfermo/a)
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno para pacientes internados
- Equipo médico duradero y suministros médicos
- Servicios de intervención temprana en la infancia
- Servicios de ambulancia para casos de emergencia y no emergencia
- Servicios de atención de emergencia
- Planificación familiar – incluye control de la natalidad, suministros y educación
- Servicios de gestión financiera
- Cuidado de los pies (de ser médicamente necesario, con derivación)
- Evaluación y servicios de intervención temprana en la infancia (ECI)
- Los servicios de atención médica domiciliaria se proporcionan de conformidad con la Sección 440.70 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-C/part-440/subpart-A/section-440.70)
- Servicios hospitalarios, incluidos los servicios para pacientes internados y ambulatorios
  - Superior podría proporcionar servicios para pacientes internados para condiciones psiquiátricas agudas en un Hospital Psiquiátrico independiente en lugar de un entorno hospitalario de Cuidados Agudos para pacientes internados; y

  - Superior podría proporcionar servicios de tratamiento de trastornos de consumo de sustancias (SUD) en un centro de tratamiento de la dependencia de sustancias químicas en lugar de un entorno hospitalario de Cuidados Agudos para pacientes internados.
- Laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción de las mamas y procedimientos de seguimiento relacionados, que incluyen servicios para pacientes internados; servicios para pacientes ambulatorios proporcionados en un hospital para pacientes ambulatorios y un centro de atención médica ambulatoria según sea clínicamente adecuado; y servicios médicos y profesionales proporcionados en un consultorio o en un entorno para pacientes internados o ambulatorios para:
  - Todas las etapas de reconstrucción de las mamas en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios;
  - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica;
  - Tratamiento de las complicaciones físicas debido a la mastectomía y tratamiento de linfedemas;
  - Mastectomía profiláctica para la prevención del desarrollo de cáncer de mama; y
  - Prótesis mamarias externas para las mamas en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios.
- Servicios del Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP; consulte la página 34)
- Chequeos médicos y servicios del Programa de Atención Integral (CCP) (para niños desde el nacimiento hasta los 20 años) a través de los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) del Programa Pasos Sanos de Texas
- Cuidado de la salud mental
- Servicios de transporte médico para casos de no emergencia, que incluyen:
  - Servicios de transporte a demanda, que incluyen transporte no médico, transporte previamente coordinado, transporte compartido y servicios de transporte público
  - Transporte colectivo
  - Reembolso de kilometraje para participantes en el programa de transporte individual
  - Comidas
  - Alojamiento
  - Fondos adelantados
  - Servicios de transporte en aerolíneas comerciales, incluido el transporte fuera del estado
- Atención brindada por una enfermera obstetra
- Terapia ocupacional
- Evaluación oral y barniz de flúor en el Hogar Médico junto con el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas para niños desde los 6 hasta los 35 meses de edad
- Optometría, anteojos y lentes de contacto
- Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluidos aquellos provistos por la farmacia y administrados por el proveedor
- Servicios de cuidado personal (PCS)
- Fisioterapia

# Beneficios y servicios cubiertos

- Atención del embarazo
- Cuidado prenatal
- Cuidado prenatal proporcionado por un médico, CNM, personal de enfermería con práctica médica (NP), personal especializado en enfermería clínica (CNS) y asistentes médicos en un centro de maternidad licenciado
- Centro de atención pediátrica prolongada indicada
- Servicios de atención primaria
- Servicios de enfermería privada
- Radiología, imágenes y radiografías
- Servicios de médicos de especialidad (algunos podrían requerir una derivación)
- Terapia del habla
- Telemonitoreo
- Pasos Sanos de Texas (chequeos médicos y vacunas para niños)
- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios de salud femenina

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

- Transporte a las visitas al médico
- Servicios para mujeres, bebés y niños (programa WIC)

Superior cumple con los requisitos del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (DFPS) relacionados con los servicios cubiertos en las leyes, reglas y regulaciones, incluidos los requisitos de evaluación y servicios ordenados por un tribunal. Superior proporciona una cobertura completa para los servicios cubiertos a todos los miembros a partir de la fecha efectiva de cobertura del miembro, sin importar la cobertura previa del miembro, de existir, o el motivo de la terminación de la cobertura, estado de salud, confinamiento en un centro de atención médica o cualquier otro motivo. Además, Superior no impone ningún límite o exclusión para condiciones preexistentes ni requiere la presentación de pruebas de asegurabilidad para proporcionar cobertura a ningún miembro. Superior monitorea a los miembros para asegurarse de que estén recibiendo los servicios que necesiten. Al brindar los servicios cubiertos, Superior adopta pautas de práctica que:

- Están basadas en evidencias clínicas válidas y confiables o en un consenso de profesionales de atención médica en el campo en particular;
- Toman en cuenta las necesidades de los miembros;
- Se adoptan luego de consultar a los profesionales de atención médica contratantes;
- Se revisan y actualizan de manera periódica según sea pertinente.

Los servicios cubiertos están sujetos a cambios en las leyes, reglas o regulaciones federales y estatales, la política de Medicaid y la práctica médica, los protocolos clínicos o la tecnología.

## ¿Existen limitaciones en los servicios cubiertos?

La mayoría de servicios de Medicaid para niños (menores de 21 años) no tienen limitaciones. Algunos servicios de Medicaid para adultos (de 21 años en adelante) sí tienen limitaciones, como los cuidados de salud del comportamiento para pacientes internados, los servicios de atención domiciliaria y los servicios de terapia. Los miembros inscritos en Medicaid para Jóvenes en Transición del Sistema de Acogida (MTFCY) o Educación Superior para Jóvenes que Estuvieron en el Sistema de Acogida (FFCHE) seguirán teniendo todos los beneficios de STAR Health. Si tiene preguntas

sobre las limitaciones de los beneficios cubiertos, consulte a su médico o llame a Superior. Le informaremos si algún servicio cubierto tiene limitaciones.

## ¿Cuáles servicios no están cubiertos?

La siguiente es una lista de ALGUNOS de los servicios NO cubiertos por el programa STAR Health de Superior:

- Abortos, salvo según lo permite la ley estatal.
- Atención que no es médicamente necesaria.
- Artículos de primeros auxilios.
- Servicios de infertilidad.
- Artículos para la higiene y el arreglo personal.
- Servicios identificados como experimentales o de investigación.
- Servicios NO aprobados por el doctor, a menos que no se requiera la aprobación del doctor (por ejemplo, planificación familiar, Pasos Sanos de Texas y servicios de salud mental y abuso de sustancias).
- Servicios o artículos solo para propósitos cosméticos.
- Cirugía de reafirmación de género.

Si tiene preguntas sobre cuáles beneficios están cubiertos o no, llame a Superior al 1-866-912-6283.

# Beneficios y servicios adicionales

## ¿Qué es la Intervención temprana para niños (ECI)?

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

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

## ¿Cuáles son algunos ejemplos de los servicios de ECI?

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

## ¿Necesito una referencia para esto?

No necesita una referencia para solicitar una evaluación de su hijo. Puede referir a su hijo poniéndose en contacto con su proveedor local de Intervención Temprana en la Infancia (ECI).

## ¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Para encontrar un proveedor de ECI, llame a Superior al 1-866-912-6283. También puede visitar el sitio web de HHSC en https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/discapacidad/servicios-de-intervencion-temprana-en-la-infancia.

## Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Costo

Texas brindará beneficios de Medicaid a adultos menores de 26 años que estaban bajo cuidado temporal y recibían Medicaid cuando llegaron a la edad límite. Este programa se llama FFCC.

Las personas inscritas en el FFCC recibirán beneficios de atención médica por medio de uno de dos programas. Esto se basa en la edad:

- Las personas que tienen de 18 a 20 años seguirán recibiendo sus beneficios en el programa STAR Health, a menos que quieran cambiar a un plan de STAR.
- Las personas de 21 a 25 años recibirán sus beneficios de Medicaid a través de un plan STAR que ellos escogen.

Los MTFCY y Former Foster Care in Higher Education (FFCHE) todavía están disponibles, pero solamente para aquellos que no estén recibiendo Medicaid cuando cumplieron la mayoría de edad en cuidado tutelar.

Si tiene preguntas sobre los requisitos de elegibilidad para jóvenes que salen de cuidado temporal debido a su edad, por favor, llame al 2-1-1. Si llama desde fuera de Texas, marque el número gratis al 1-877-541-7905. Para tener acceso a TTY, llame al 1-877-833-4211.

## ¿A qué número debo llamar para conocer más sobre estos servicios?

Para conocer más sobre los beneficios que tiene usted o su hijo como miembro de Superior, llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283.

# Beneficios y servicios adicionales

## ¿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.

**Nota:** Solo para miembros de STAR Health en las categorías 3, 4, 5 y 6 de la Población objetivo. Los siguientes miembros de STAR Health reúnen los requisitos para recibir servicios de CPW:

- Miembros de 18 a 20 años (hasta el mes en que cumplan 21 años) y que estén inscritos en STAR Health como Niños anteriormente en el sistema de acogida (FFCC) o que estén participando en el programa de Medicaid para jóvenes en transición del sistema de acogida (MTFCY).
- Niños nacidos de una madre que esté inscrita en STAR Health.
- Niños hasta la edad de 17 años y jóvenes adultos de 18 años (hasta el mes en que cumplan 21 años) que estén recibiendo Seguridad de ingreso suplementario (SSI) o que estuvieron recibiendo SSI antes de reunir los beneficios para la Ayuda para la adopción (AA) o la Ayuda para el cuidado de permanencia (PCA).
- Niños hasta la edad de 17 años y jóvenes adultos de 18 años (hasta el mes en que cumplan 21 años) que estén inscritos en una Exención de Medicaid según la sección 1915(c) y en AA o PCA.

### ¿Qué hacen los administradores de casos de CPW?

Un administrador de casos de CPW lo visitará y después:

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

### ¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

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

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

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

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

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

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

Superior dispone de enfermeras, médicos de salud del comportamiento y trabajadores sociales para poder proporcionarle la Coordinación de servicios que necesita. Puede recibir servicios de administración de casos de un proveedor de CPW que tenga un contrato con Superior además del personal de Coordinación de servicios de Superior. Superior ayudará a decidir si la administración de casos a través de CPW sería útil.

## ¿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 1-866-912-6283 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.

## ¿Cuáles son los beneficios de exención de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que me corresponden?

Los servicios de atención a largo plazo son beneficios que le ayudan a mantenerse seguro/a e independiente en su hogar o comunidad.

Los servicios de atención a largo plazo le ayudan con las necesidades funcionales como bañarse, vestirse, tomar medicamentos o preparar comidas. Son tan importantes como los servicios de cuidados agudos. Superior ofrece acceso directo a los especialistas adecuados para sus condiciones y necesidades. Si bien no se necesita un referido, Superior podría requerir una evaluación en el hogar antes de poder autorizar servicios. Hay beneficios de atención a largo plazo para los cuales los miembros de Superior STAR Health podrían calificar:

- Programa para niños médicamente dependientes (MDCP)
- Servicios de Cuidado Personal (PCS)
- Community First Choice (CFC)
- Servicios diurnos de actividad y habilitación (DAHS)
- Servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS)
- Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
- Personas sordociegas con discapacidades múltiples (DBMD)
- Programa de Texas para vivir en casa (TxHmL)
- Servicios de fortalecimiento de jóvenes (YES)

# Beneficios y servicios adicionales

Hay otros beneficios de atención a largo plazo que algunos miembros de Superior STAR Health pueden recibir según su necesidad médica. Estos servicios están disponibles a través del Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP).

Son los siguientes:

- Atención de relevo
- Empleo con apoyo
- Servicios de gestión financiera
- Dispositivos de adaptación
- Ayuda con el empleo
- Servicios de apoyo flexible a la familia
- Cambios menores a la casa
- Ayuda para la transición

## Equipo médico duradero (DME)

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

Algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que normalmente se encuentran en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, Superior paga los nebulizadores, los pañales de los suministros de ostomía, la leche de fórmula, la nutrición parenteral total (TPN) y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios utilizando el beneficio de equipos médicos duraderos. Para más información sobre estos beneficios, llame al 1-866-912-6283.

## Servicios de análisis del comportamiento aplicado (ABA)

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

### ¿Qué servicios se proporcionan?

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

# Beneficios y servicios adicionales

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

### ¿Cómo consigo ayuda si mi hijo tiene o yo tengo un problema de salud mental o abuso de drogas? ¿Necesito un envío para estos servicios?

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

No hace falta obtener una derivación de su proveedor de atención primaria para estos servicios; puede acudir a cualquier médico de salud del comportamiento que esté dentro de la red. Puede llamar a un médico que esté dentro la red o, si necesita ayuda, Superior le ayudará a encontrar al mejor proveedor para usted o su hijo/a. Para obtener ayuda de inmediato, llame al 1-866-912-6283; este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### ¿Cómo sé si mi hijo necesita o yo necesito ayuda?

Podría necesitar ayuda si:

- No puede hacer frente a la vida diaria.
- Se siente muy triste, estresado o preocupado.
- No está durmiendo ni comiendo bien.
- Quiere lastimarse a sí mismo o a los demás.
- Le preocupan pensamientos extraños (como escuchar voces).
- Toma o usa otras sustancias.
- Tiene problemas en el trabajo o en la casa.
- Parece que tiene problemas en la escuela.

Cuando usted o su hijo tenga un problema de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, es importante que trabaje con alguien que lo comprenda. Podemos ayudarle a encontrar a un proveedor que será muy bueno para usted. Lo más importante es que usted o su hijo tenga a alguien con quien pueda hablar sobre cómo solucionar sus problemas.

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

Si su hijo tiene una emergencia de salud mental que pueda poner su vida en peligro, debe llamar al 911. También puede ir a un centro de crisis o a la sala de emergencias más cercana. No tiene que esperar que ocurra una emergencia para recibir ayuda. Llame al 1-866-912-6283 para que alguien ayude a su hijo con la depresión, las enfermedades mentales, el trastorno por consumo de sustancias o los problemas emocionales.

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

# Beneficios y servicios adicionales

### ¿Qué debo hacer si yo/mi hijo ya estamos en tratamiento?

Si usted o su hijo ya recibe tratamiento, pregúntele al proveedor si pertenece a la red de Superior. Si la respuesta es "sí", podrá consultar a su proveedor según lo programado. Si le contesta que no, llame al 1-866-912-6283. Superior le invitará al proveedor de usted o su hijo a que se una a la red. Superior quiere que usted o su hijo siga recibiendo la atención que necesita.

Si el proveedor no quiere unirse a la red de Superior, trabajaremos con el proveedor para que le siga atendiendo a usted o a su hijo hasta que pueda transferir sus expedientes médicos a otro doctor de la red.

### Modelo de atención colaborativa

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

### Los servicios de CoCM se centran en:

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

## Servicios dentales

### ¿Cómo recibo servicios dentales?

Usted o su hijo tienen que hacerse chequeos dentales periódicos. Los chequeos dentales periódicos sirven para asegurar que los dientes y las encías estén saludables. Los chequeos dentales comienzan al cumplir 6 meses y después se hacen cada 6 meses. Su hijo puede ver a cualquier dentista de DentaQuest para hacerse un chequeo. No necesita un envío a servicios para hacerse chequeos dentales periódicos o recibir otros servicios dentales. Para escoger a un dentista en su zona o si necesita ayuda para hacer una cita, llame a DentaQuest al 1-866-308-4766.

## Servicios de la vista

### ¿Cómo obtengo servicios de la vista para mi hijo o para mi?

Usted o su hijo pueden realizarse un examen de la vista una vez al año (o con mayor frecuencia si tienen cambios en la visión). Su hijo puede obtener anteojos una vez cada dos años (u obtener más anteojos si tiene cambios en la visión). Además, usted o su hijo también podrán cambiar sus anteojos tantas veces como sea necesario si se pierden o se rompen. Llame a Centene Vision Services, el proveedor de servicios oftalmológicos de Superior, al 1-866-642-9488 para averiguar cómo hacerlo.

# Beneficios y servicios adicionales

Usted o su hijo no necesita un envío del doctor para recibir servicios de la vista periódicos. Algunos doctores de la vista también pueden tratarle a usted o a su hijo para enfermedades de los ojos que no requieren cirugía. Puede recibir estos servicios de la vista de Centene Vision Services. Para escoger a un doctor de la vista, llame a Superior al 1-866-912-6283 o a Centene Vision Services al 1-866-642-9488.

### Telesalud se ofrece de manera gratuita

Puede acceder fácilmente a médicos o terapeutas cuando desee consultar a uno sin salir de su domicilio. Evite la sala de emergencias (ER) y la atención de urgencia con el acceso las 24 horas a proveedores que son parte de la red para tratar problemas médicos que no son de emergencia. Obtenga más información sobre telesalud en la página 20.

# Servicios especiales

## ¿Qué son los servicios y entornos alternativos?

### Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos

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

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

- Los servicios del PHP proporcionan un programa diurno estructurado de servicios ambulatorios de salud del comportamiento. El PHP puede proporcionar servicios para la salud mental, los trastornos por consumo de sustancias (SUD) o ambos. Estos servicios son similares a los programas de hospitalización a corto plazo. El nivel de tratamiento es más intenso que el tratamiento ambulatorio diurno o la rehabilitación psicosocial.
- Los IOP se usan para tratar problemas que no requieren desintoxicación de los trastornos por consumo de sustancias o supervisión las 24 horas del día. Los IOP suelen ser menos intensos que los servicios del PHP. Los IOP pueden prestarse para la salud mental, los trastornos por abuso de sustancias o ambos. Los servicios IOP son servicios organizados no residenciales que proporcionan terapia estructurada de grupo e individual, servicios educativos y formación en habilidades para la vida que consisten en al menos 10 horas semanales durante 4-12 semanas, pero menos de 24 horas al día.

## ¿Cómo puedo obtener servicios y entornos alternativos?

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

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

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

# Servicios especiales

Los miembros pueden acceder a un listado de proveedores de la red de Superior que están disponibles para brindar servicios del PHP y los IOP a través de SuperiorHealthPlan.com/EncuentreUnProveedor haciendo clic en Buscar proveedores de STAR Health. Si necesita ayuda para localizar un proveedor de los IOP o del PHP en el área del miembro o para obtener una copia impresa del directorio de proveedores sin costo alguno, llame a Servicios para miembros de 1-866-912-6283.

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

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

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

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

## La Administración de casos orientada hacia la salud mental

### ¿Qué son los Servicios de rehabilitación de salud mental y la Administración de casos orientada hacia la salud mental? ¿Cómo accedo a estos servicios?

Estos servicios son los que les ayudan a los miembros con sus enfermedades mentales, emocionales y del comportamiento graves. Superior también puede ayudar a que los miembros obtengan acceso adicional a la atención y a los servicios de apoyo comunitario mediante una referencia para los servicios de administración de la atención especializada para salud mental (MH-TCM). Para obtener más información sobre estos servicios, llame al 1-866-912-6283.

Los servicios incluyen:

- Servicios para crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Educación, planeación y coordinación de los servicios de salud mental y abuso de sustancias.
- Servicios de laboratorio.
- Medicamentos para la salud mental y trastorno por consumo de sustancias.
- Desintoxicación fuera del hospital y como paciente residencial interno, rehabilitación y hogar de transición (para miembros de 21 años o menos).
- Servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos.
- Servicios psiquiátricos hospitalarios parciales y como paciente interno (para miembros de 21 años o menos).
- Envíos a otros recursos en la comunidad.
- Atención residencial (para miembros de 21 años o menos).

# Servicios especiales

- Servicios de atención médica de transición.

***Aviso:*** Superior quiere ayudarlo a que usted y su hijo se mantengan saludables. Es importante saber cuáles son sus inquietudes para poder mejorar los servicios. Llame al 1-866-912-6283/TTY 1-800-735-2989.

### Confidencialidad

Cuando usted o su hijo habla con alguien, comparte información privada. El proveedor solo puede compartir esta información con el personal que está ayudando con la atención de su hijo. Esta información también se puede compartir con otros cuando usted da su consentimiento. Superior trabajará con usted en el tratamiento de salud física y mental o por consumo de sustancias suyo/de su hijo brindando la mejor atención que necesiten.

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

Superior ofrece recursos para ayudar a educar y conectar a jóvenes, padres y a quienes trabajan con jóvenes que se identifican como LGBTQ+. Si usted o su hijo se identifica como LGBTQ+ y le gustaría conocer los servicios que ofrece Superior para los miembros LGBTQ+, llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283 y solicite hablar con un especialista en transición de joven a adulto. Están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. to 5 p.m.

Un especialista en transición de joven a adulto puede ayudar en lo siguiente:

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

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

## Salud especiales

### ¿A quién llamo si mi hijo tiene o yo tengo necesidades médicas especiales y necesito que alguien me ayude?

Si usted o su hijo tiene necesidades de atención médica especiales, como una enfermedad crónica grave, una discapacidad o un padecimiento crónico o complejo, solo tiene que llamar a Superior al 1-866-912-6283. Superior ofrece acceso directo a los especialistas adecuados para sus condiciones y necesidades. No necesita una remisión de un médico para recibir estos servicios.

Alguien le ayudará a hacer una cita con uno de los doctores que atienden a pacientes con necesidades especiales. También lo enviará a uno de los administradores de atención que:

- Le ayudará a obtener la atención y los servicios que necesita.
- Formulará un plan de atención con su ayuda y la de su doctor o el doctor de su hijo.
- Seguirá el progreso de usted o de su hijo, y se asegurará de que reciba la atención que necesita.
- Contestará sus preguntas sobre la atención médica.

# Servicios especiales

## ¿Qué es la verificación electrónica de visitas (EVV)?

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

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

### ¿Cómo funciona la EVV?

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

### ¿Debo participar en la EVV?

Sí. Debe elegir una de las siguientes opciones:

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

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

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

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

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

# Servicios especiales

### ¿Cómo puedo obtener más información sobre la EVV?

Si tiene preguntas sobre la EVV, llame a los Servicios para miembros. También puede visitar el sitio web de la EVV del HHS ingresando a hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/long-term-care-provider-resources/electronic-visit-verification-evv.

## Los fundamentos del "Community First Choice" (CFC)

Community First Choice (CFC) es un beneficio de Medicaid que proporciona servicios a personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo o condiciones relacionadas con las mismas, condiciones de salud mental y/o condiciones de salud física, y que también necesitan servicios de CFC según lo determinado por una evaluación funcional. Es necesario que usted cumpla con los requisitos necesarios para recibir atención a nivel institucional por parte de un centro como un hogar de ancianos, un centro de cuidados intermedios o una institución para las enfermedades mentales. Usted podría obtener estos servicios si usted vive en un hogar comunitario.

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

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

Su Coordinador de servicios de Superior puede ayudarle a programar una evaluación de CFC si usted piensa que necesita estos servicios. Para más información, puede llamar a Servicios para miembros al 1-866-912-6283.

## Servicios de atención personal (PCS)

Para los miembros que califiquen, Superior proporciona Servicios de cuidado personal (PCS) como parte de los beneficios de STAR Health. Esto significa que, si usted o su hijo cumplen los requisitos, podrán recibir ayuda para:

- Bañarse
- Preparar alimentos
- Limpieza
- Vestirse
- Aseo
- Desplazamiento
- Posicionamiento
- Movilidad
- Higiene personal
- Compra de comestibles
- Lavado de ropa
- Comunicación
- Administración del dinero

## ¿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 a continuación (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 brindarle ayuda.

# Servicios especiales

## 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 Health, usted o su representante designado pueden elegir la opción de servicios orientados al consumidor (CDS). Con los CDS usted puede:

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

Estos son los servicios que usted puede administrar bajo CDS:

- Cuidados de un ayudante
- Cuidados de relevo
- Enfermería
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla

Si opta por estar en los Servicios administrados por el cliente (CDS), trabajará a través de una agencia contratada de servicios de gestión financiera (FMSA). La FMSA le ayudará al principio y le brindará entrenamiento y apoyo en caso de ser necesario. La FMSA le ayudará con las nóminas y presentará sus declaraciones de impuestos. Comuníquese con su Coordinador de servicios para obtener más información sobre los CDS. Puede llamar al equipo de Coordinación de servicios de Superior al 1-866-912-6283.

### Opción de responsabilidad del servicio

En el modelo de agencia, usted o su representante legal autorizado/a eligen a una agencia para que se encargue de contratar, gestionar y despedir (si fuera necesario) a la persona que proporcione servicios de asistente personal (PAS). Debe escoger una agencia dentro de la red. Usted y su Coordinador de servicios establecerán un cronograma y lo enviarán a la agencia que usted eligió. 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.

### Opción de agencia

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

### ¿Qué es el abuso, la negligencia y la explotación?

Si usted está recibiendo PCS u otros servicios y atención de largo plazo (LTSS), Superior quiere asegurarse de que usted no sufra ningún abuso, negligencia o explotación. Esto podría incluir:

- Lesión mental, emocional, física o sexual.
- Que no le proporcionen alimentos, ropa, refugio y/o atención médica.

- Ponerlo a usted o a su ser querido en una situación que ponga en riesgo su salud.
- Uso inapropiado de los recursos con fines de lucro. Esto incluye quedarse con cheques de la seguridad social o de la SSI (ingreso de seguridad suplementario), aprovecharse de una cuenta corriente conjunta y apropiarse de pertenencias ajenas.

### ¿Cómo denuncio un abuso, negligencia o explotación?

Si necesita denunciar un abuso, negligencia o explotación, llame al HHSC al 1-800-458-9858 o al DFPS al 1-800-252-5400.

## Otros Servicios

### ¿Con qué otros servicios puede ayudar mi plan de Superior, ya sean para mí o para mi hijo/a?

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

- Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (TWC) - entrenamiento para el trabajo
- Departamentos de Salud Pública - servicios de salud
- Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas - otros beneficios de Medicaid que no estén cubiertos por Superior

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Superior al 1-866-912-6283.

### Buscamos nuevos tratamientos para ofrecerle una mejor atención

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

# Servicios de planificación familiar

## ¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar? ¿Necesito una referencia para esto?

Puede encontrar en línea la ubicación de los proveedores de planificación familiar que se encuentran cerca de usted en: https://www.healthytexaswomen.org/es/encuentre-un-medico, o puede llamar a Superior al 1-866-912-6283 para ayudarlo en su búsqueda de un proveedor de planificación familiar. Superior permite a sus miembros la libertad de elección de cualquier proveedor dentro o fuera de la red. Para consultar los servicios de planificación familiar no es necesario que lo derive su médico.

**Consejo de Superior Sobre la Salud:**

Si está teniendo problemas para administrar su atención o la de su hijo, Superior dispone de Coordinadores de servicios que pueden ayudarle. Simplemente llame a los servicios para miembros al 1-866-912-6283 para obtener ayuda.

# Examen médico en 3 días

## ¿Qué es el 3 en 30?

Todos los niños que llegan al cuidado del DFPS deben pasar inmediatamente por una buena revisión de sus necesidades de salud física y del comportamiento. Superior usa el enfoque 3 en 30 para asegurarse de que los miembros estén obteniendo los exámenes y cuidados necesarios.

El enfoque 3 en 30 combina tres herramientas para evaluar las necesidades y fortalezas médicas, del desarrollo y del comportamiento de niños y jóvenes que ingresan a la custodia del DFPS. Estas herramientas son el examen médico dentro de los 3 días, el examen de Pasos Sanos de Texas, y la Evaluación de las necesidades y fortalezas de niños y adolescentes 3.0 (CANS 3.0). Los resultados de estos exámenes se utilizan para desarrollar un Plan de Servicios Individuales (ISP) para usted o su hijo.

## Examen médico inicial dentro de los 3 días

El objetivo de este examen es identificar, tratar y brindar educación para cuidadores con respecto al control de las condiciones médicas y de salud mental agudas o crónicas de un niño. Solo algunos niños necesitan pasar por el examen médico dentro de los 3 días. El trabajador social de su hijo le informará si se requiere el examen médico dentro de los 3 días para su hijo.

## Cronograma de los exámenes

Cuando el trabajador social del miembro determine que es necesario, el examen médico dentro de los 3 días debe realizarse a más tardar tres días hábiles después del retiro de un niño. Por ejemplo:

- Si se retira al niño un lunes al mediodía, el examen médico dentro de los 3 días debe completarse a más tardar el jueves siguiente.
- Si se retira al niño un viernes a las 5:00 p.m., examen médico dentro de los 3 días debe realizarse antes del miércoles siguiente.

***Recuerde***: Si tiene problemas para obtener un medicamento después de su examen médico dentro de los 3 días, llame a Servicios para miembros de Superior al 1-866-912-6283 para recibir ayuda.

## Evaluación de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS) 3.0 de Texas

Los miembros de STAR Health entre los 3 y 17 años deben pasar por una evaluación de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS) 3.0 de Texas a más tardar 30 días después de inscribirse en Superior, y luego anualmente en lo sucesivo.

## Finalidad de la evaluación

La evaluación CANS 3.0 de Texas mide las necesidades y fortalezas de un miembro. Se utiliza para ayudar a crear un Plan de Servicios Individuales (ISP) para que usted o su hijo reciba la mejor atención posible.

La evaluación CANS 3.0 de Texas debe ser realizada por un proveedor certificado de evaluaciones CANS 3.0 de Texas. Para obtener más información o recibir ayuda para programar una evaluación CANS 3.0 de Texas, llame a Servicios para miembros de Superior al 1-866-912-6283 y solicite hablar con un representante de Servicios de salud comunitaria.

## Examen de los Pasos Sanos de Texas

Todos los miembros deben completar un examen de los Pasos Sanos de Texas a más tardar 30 días después de inscribirse en STAR Health. Estos chequeos médicos incluyen servicios de atención médica preventiva y otras cosas, como vacunas y evaluaciones de la audición.

La siguiente sección contiene más información sobre este examen. Si necesita ayuda para programar un examen de los Pasos Sanos de Texas, comuníquese con los Servicios para miembros llamando al 1-866-912-6283.

# Pasos Sanos de Texas

## ¿Qué es Pasos Sanos de Texas? ¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas, también conocido como Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés), ofrece chequeos médicos y dentales periódicos gratis a bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes que reciben Medicaid. También ofrece otros servicios como vacunas y chequeos de la vista y la audición. Pasos Sanos de Texas ayuda a:

- Detectar y tratar los problemas médicos y dentales en sus primeras etapas.
- Asegurar que el niño reciba sus vacunas.
- Brindar educación sobre la salud para mantener sano al niño.

Durante un chequeo médico de Pasos Sanos de Texas, el doctor examinará al niño de pies a cabeza, revisando si hay problemas de salud que usted no haya detectado. El doctor también examinará si el crecimiento y desarrollo del niño son como los de otros niños de su edad. Estos chequeos pueden ayudar a encontrar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.

***Importante:*** Los miembros de STAR Health de 20 años o menos tienen que hacerse un chequeo dentro de 30 días de inscribirse en el programa STAR Health y un chequeo dental dentro de 60 días de su inscripción en STAR Health.

## ¿Cómo y cuándo consigo los chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?

Los chequeos médicos periódicos ayudan a asegurarse de que su hijo crezca sano. Debe llevarlo al doctor o a otro proveedor de Pasos Sanos de Texas de Superior para hacerle chequeos médicos a las siguientes edades:

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

Su hijo también debe pasar por chequeos dentales regulares para asegurarse de que sus dientes y encías estén sanos. Los chequeos dentales deben empezar a los 6 meses de edad y luego deben hacerse cada 6 meses. Puede ir a cualquier dentista de Pasos Sanos de Texas para un chequeo dental. Pídale al doctor el nombre de un dentista cercano o llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283. También puede llamar a DentaQuest, el proveedor dental de Superior al 1-888-308-4766. No necesita un envío del doctor para chequeos periódicos u otros servicios dentales.

Durante un chequeo dental de Pasos Sanos de Texas, el dentista examinará la boca de su hijo, revisando si hay problemas dentales que usted no haya detectado. El dentista también va ver si la boca del niño y los dientes se están desarrollando como otros niños de su edad. Estos chequeos pueden ayudar a encontrar problemas dentales antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.

Hable con el dentista sobre los selladores dentales para el niño. Un sellador dental es un material plástico que se aplica a las muelas posteriores para ayudar a prevenir las caries.

# Pasos Sanos de Texas

## ¿Cómo hago la cita para un chequeo de Pasos Sanos de Texas?

Puede programar una cita con el doctor de su hijo. También puede hacer una cita con cualquier proveedor de Superior que haga chequeos de Pasos Sanos de Texas. ¿Necesita ayuda? Puede llamar gratis de lunes a viernes, de 8 a.m. to 5 p.m. al 1-866-912-6283. Ayude a mantener sano a su hijo.

## ¿Tengo que tener un envió a servicios?

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

## ¿Qué hago si tengo que cancelar una cita?

Por favor, llame al consultorio del doctor o dentista si necesita cambiar o cancelar la cita de su hijo. Si programó transporte a la cita por medio del Programa de Transportación Médica, por favor, llame al 1-877-932-2318 para cancelar el viaje.

## ¿Tiene que participar mi doctor en la red de Superior?

Si va a un doctor que no pertenece a la red de Superior, podría ser que superior no pague a ese doctor y que usted tenga que pagar la cuenta.

## ¿Qué hago si estoy fuera de la cuidad y a mi hijo le toca un chequeo de Pasos Sanos de Texas?

Si está fuera de la ciudad y a su hijo le toca un chequeo de Pasos Sanos de Texas, por favor, llame a Superior al 1-866-912-6283. Le ayudarán a hacer una cita con el doctor lo más pronto posible después de regresar a la casa.

### Consejo de Salud de Superior:

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

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

# Servicios de farmacia

## ¿Cuáles son mis benéficos de medicamento recetado?

Las recetas médicamente necesarias están disponibles a través de su cobertura STAR Health si acude a una farmacia que acepte miembros de Superior. Es posible que algunos medicamentos no estén cubiertos a través de STAR Health. Una farmacia de Superior podrá informarle qué medicamentos no están cubiertos, o ayudarle a encontrar otro medicamento que sí lo esté. Además, puede preguntar a su médico o clínica qué medicamentos están cubiertos y cuáles son los mejores para usted. También puede llamar a Superior al 1-866-912-6283 en caso de tener preguntas.

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

Medicaid cubre la mayoría de los medicamentos que su médico considere necesarios para usted o para su hijo/a. El doctor le dará una receta para que la lleve a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado por usted. Si tiene algún problema con sus medicamentos, por favor llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283. Por favor llame a Servicios para el miembro mientras esté todavia en la farmacia.

## ¿Cómo sé qué medicamentos con receta se incluyen en el formulario?

Para que un medicamento esté cubierto, debe estar incluido en el formulario de Medicaid de Texas. El formulario se encuentra en el sitio web de medicamentos de proveedores de Texas en txvendordrug.com/searches/formulary-drug-search. También tenemos un enlace a este formulario en nuestro sitio web en www-es.fostercaretx.com/for-members/resources.html. Puede solicitar una copia en papel del formulario sin costo alguno. La copia en papel se le enviará dentro de los cinco (5) días laborables de su solicitud. Si tiene preguntas, por favor llame a Superior al 1-866-912-6283.

## ¿Qué hago si necesito que me envíen mi medicamento por correo?

Superior también ofrece muchos medicamentos por correo. Algunas farmacias de la red ofrecen servicios de entrega a domicilio. Llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283 para obtener más información acerca de los pedidos por correo o para encontrar una farmacia en su área que podría ofrecer servicio de entrega a domicilio.

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

Las recetas para los miembros se proveen a través de farmacias contratadas por Superior. Puede obtener los surtidos de sus medicinas recetadas en la mayoría de las farmacias de Texas, como CVS (que incluye tiendas dentro de Target), HEB, Walmart y Randall's. También puede encontrar una lista de farmacias por Internet usando nuestra herramienta Encontrar un proveedor en SuperiorHealthPlan.com/EUP. Si tiene problemas para obtener sus medicinas, comuníquese inmediatamente con Superior para recibir ayuda. ¡Podemos ayudar!

***Recuerde:*** Lleve siempre su tarjeta de identificación de Superior y con su identificación de Medicaid de Texas cuando visite a su doctor o vaya a la farmacia. Si aún no tiene una tarjeta de identificación de Superior o una tarjeta de identificación de Medicaid (como en el caso de una nueva estadía en un hogar sustituto), entréguele al farmacéutico local su Formulario 2085B del DFPS. El personal de la farmacia local puede usar este formulario para verificar la inscripción.

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

Superior cuenta con muchas farmacias bajo contrato que le pueden dispensar recetas. Es importante que usted muestre su tarjeta de identificación de Superior y con su tarjeta de identificación de Medicaid en la farmacia. Si la farmacia le indica que no atienden a miembros de Superior, puede llamar al departamento de Servicios para miembros de Superior al 1-866-912-6283, y le podemos ayudar a encontrar una farmacia que le pueda dispensar sus recetas. Si usted opta que esa farmacia le dispense sus recetas aún cuando no atienden a los miembros de Superior, usted tendrá que pagar por el medicamento.

# Servicios de farmacia

## ¿Qué hago si pierdo mi medicamento?

Si pierde su medicamento, llame a su doctor o a la clínica para que le ayuden. Si está cerrado el consultorio o la clínica, le pueden atender en la farmacia dónde recibe su medicamento. También puede llamar al departamento de Servicios para miembros de Superior al 1-866-912-6283, y le ayudaremos a obtener su medicamento.

## ¿Qué sucede si no puedo obtener el medicamento que aprobó mi médico o el médico de mi hijo?

Si no es posible localizar al médico para que apruebe una receta, puede obtener un suministro de emergencia para tres (3) días de su medicamento o el de su hijo/a. Pida a su farmacia que llame a la línea de ayuda de farmacia para recibir asistencia. Llame a Superior al 1-866-912-6283 para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

## ¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

- Escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.

Para más información, llame al Superior a 1-866-912-6283.

## ¿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 1-866-912-6283. Un miembro dedicado de nuestro equipo revisará su solicitud y le brindará ayuda.

## ¿Cómo recibo mis medicamentos si estoy en el programa restringido de Medicaid (Lock-in) 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 1-866-912-6283. Un miembro dedicado de nuestro equipo revisará su solicitud y le brindará ayuda.

## ¿Qué pasa si también tengo otro seguro principal?

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

***Nota***: Para los niños y jóvenes bajo tutela del Estado, la salud de STAR Health es primaria.

# Servicios de farmacia

## ¿Qué otros artículos cubren mis beneficios de farmacia?

Cuando están cubiertos por Medicaid de Texas, Superior paga los medicamentos sin receta médicamente necesarios, las vacunas, los kits de pruebas de COVID-19 para uso en casa, las vitaminas y los minerales. Para más información sobre estos beneficios, llame al 1-866-912-6283.

# Beneficios de bonos y otros servicios

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

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

- **Subsidio a2A**. Subsidio para atención médica de $50 para miembros de 18 a 20 años. Esta recompensa es parte de My Health Pays® de Superior, un programa de recompensas que ofrece incentivos financieros distintos del dinero en efectivo a los miembros que reúnen los requisitos. Los subsidios pueden usarse para recibir beneficios no cubiertos por Medicaid y otros artículos. Para poder recibir este subsidio a2A, es necesario que exista una evaluación de transición de STAR Health vigente que se haya completado en los últimos 12 meses. Los miembros pueden acceder a este servicio de valor agregado una 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 recompensas Adolescent 2 Adult (a2A)**. El programa ofrece incentivos financieros, distintos del dinero en efectivo, que premian a los miembros de entre 18 y 20 años por completar visitas de revisión general, chequeos dentales y otras actividades (consulte todos los detalles más abajo). Los miembros pueden recibir premios a través de una tarjeta prepagada por completar actividades después de la confirmación de la visita, la vacuna o el chequeo, a saber:
  - $25 por completar el chequeo médico de los Pasos Sanos de Texas, también conocido como detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT), (uno por año).
  - $30 por someterse a un chequeo dental inicial o semestral (una recompensa al año).
  - $20 por recibir la vacuna contra la gripe durante la temporada de gripe.
  - $20 por someterse a una prueba de detección anual del cáncer de cuello uterino (una recompensa al año, solo para mujeres).

  Las miembros que reúnan los requisitos pueden recibir hasta un máximo de $150 al año del programa de recompensas My Health Pays®.*
- **Subsidio de atención**. Subsidio de $50 para los miembros de entre 0 y 20 años. La recompensa se agrega a una tarjeta prepagada que puede usarse para beneficios no cubiertos por Medicaid. Para poder recibir el subsidio, es necesario disponer de un Plan individual de servicios de STAR Health vigente, que se haya completado en los últimos 12 meses. Los miembros pueden acceder a este servicio de valor agregado una vez al año.
- **Servicios oftalmológicos adicionales**. Los miembros que reúnen los requisitos tienen derecho a recibir una asignación de $150 para artículos minoristas para actualizar los cristales y el armazón de los anteojos o los lentes de contacto no cubiertos por Medicaid, una vez por año. Esta asignación no cubre opciones adicionales, como cristales de color o capas de tratamiento. El miembro será responsable de cualquier cargo superior a $150.
- **Programa de incentivos de seguimiento para pacientes hospitalizados**. Los miembros de 6 a 20 años que hayan sido hospitalizados por un episodio de salud mental o abuso de sustancias reúnen los requisitos para recibir una tarjeta de regalo por valor de $35 tras ir a una cita de seguimiento dentro de los 7 días posteriores al alta hospitalaria. Los miembros pueden recibir el regalo una sola vez por año.
- **Artículos de venta libre**. Hasta $30 por trimestre para artículos de venta libre (OTC) de uso frecuente. Este beneficio cubre los artículos que no requieren receta y que no están cubiertos por Medicaid o disponibles por medio del beneficio de equipo médico duradero (DME). Los miembros podrán elegir de un catálogo de artículos suministrados por Superior, hasta el límite específico del programa en dólares, por trimestre, por miembro. Los artículos de la lista incluyen, entre otros, artículos para el hogar, champú, desodorante, pasta de dientes, detergente para lavar ropa y otros productos de venta libre diversos. Los miembros pueden hacer pedidos por Internet en https://www.cvs.com/benefits y llamando al número de teléfono gratuito del proveedor, o comprar

en las tiendas participantes. Los saldos no utilizados no se trasladan de un trimestre a otro. Para que se realice el envío de los artículos al hogar del miembro, el costo total debe ser inferior o igual a la asignación del programa. En el caso de las compras realizadas en la tienda, el miembro puede pagar los importes que superen el monto del beneficio. Los productos no tienen devolución. Los pedidos de artículos OTC son únicamente para el miembro.

- **Incentivo para el seguimiento posparto**. Tarjeta de recompensa de $50 para las miembros que completen una visita posparto entre 7 a 84 días después del parto. Las miembros pueden recibir recompensas una vez por parto. La recompensa se carga a una tarjeta prepagada. Los miembros que reúnan los requisitos podrán recibir recompensas hasta un límite máximo de $150 al año en el conjunto de todas las recompensas del programa de recompensas My Health Pays® a las que tengan derecho.*
- **Exámenes de aptitud física para practicar deportes y para la escuela**. Exámenes de aptitud física para practicar deportes o para la escuela para los miembros de entre 4 y 18 años. Los miembros pueden recibir un solo examen de aptitud física por año calendario para estos fines con un costo máximo de $35. Cualquier proveedor de la red puede prestar este servicio. Superior recomienda a sus miembros acudir a su propio proveedor de atención primaria (PCP), aunque no es obligatorio.

***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 FosterCareTX.com/Recompensas o llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283 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 FosterCareTX.com/VAS-es. Si habla otro idioma o es sordo o tiene dificultades auditivas, existen servicios de asistencia lingüística, ayudas/servicios auxiliares y otros formatos alternativos a su disposición de forma gratuita.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener estos beneficios o la asistencia lingüística para usted y su hijo/a, llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283.

***Recurerde:*** Si tiene alguna pregunta sobre lo que es y no es un servicio cubierto, llame a Superior al 1-866-912-6283.

## ¿Cómo funciona el programa de recompensas My Health Pays®?

Los miembros de STAR Health de 18 a 20 años pueden participar en el Programa My Health Pays® de la adolescencia a la adultez (a2A) si aún son miembros de STAR Health al cumplir los 18 años. Con el Programa a2A, los miembros pueden recibir recompensas financieras, que no son de dinero en efectivo, por tener comportamientos específicos que los ayudarán a usted y a su hijo a mantenerse saludable. Las recompensas se cargan en una tarjeta de débito de My Health Pays®. Las recompensas incluyen:

- $25 por completar el chequeo médico de los Pasos Sanos de Texas, también conocido como detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT), (uno por año).
- $30 por someterse a un chequeo dental inicial o semestral (una vez al año).
- $20 por la vacuna contra la gripe, una por temporada.
- $20 por someterse a una prueba de detección anual del cáncer de cuello uterino (una vez al año, solo para mujeres).

***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 FosterCareTX.com/Recompensas o llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283 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®.
Para obtener más información, póngase en contacto con los Servicios para miembros al 1-866-912-6283.

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

Superior quiere asegurarse de que usted o su hijo reciba atención médica y servicios sociales de calidad. El personal de Connections 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.

- La selección de su doctor
- El programa STAR Health
- Los servicios de transporte
- El uso de los servicios de Superior
- El uso del manual para miembros de usted o de su hijo
- Pasos Sanos de Texas
- La atención preventiva, urgente y de emergencia
- Las citas con especialistas
- El trámite de quejas y apelaciones

El equipo de trabajo de los miembros de Superior puede brindarle recursos para ayudarle a obtener alimentos, alojamiento, ropa y servicios públicos. Para saber más o para ver qué clases se ofrecen en este momento, por favor, llame al Superior al 1-866-912-6283.

## ¿Qué recursos de educación de la salud ofrece Superior?

Superior quiere que usted lleve una vida sana. Por eso, los recursos de educación de Superior Health están disponibles para los miembros. Estos recursos le brindan información para ayudarle a tomar mejores opciones de salud para usted y su familia. Puede encontrar más información aquí https://www-es.fostercaretx.com/for-members/stay-healthy.html.

## Clases de educación sobre la salud ofrecidas por otras agencias

Superior también le informará sobre otras clases de educación sobre la salud que se ofrecen en la comunidad que les pueden ayudar a usted y a su familia. Algunos programas de educación sobre la salud en la comunidad son:

- Clases de educación sobre la diabetes juvenil
- Clases de educación sobre el asma juvenil
- Clases de nutrición para toda la familia
- Clases de reanimación cardiopulmonar (CPR)
- Clases de dieta saludable

Si necesita ayuda adicional porque está embarazada, o si usted o su hijo/a tienen asma u otra condición médica grave, llame a Superior al 1-866-912-6283. El personal le ayudará a comunicarse con el programa de Coordinador de servicios de Superior. Este programa cuenta con enfermeras registradas que pueden ayudarle a controlar su enfermedad o la de su hijo. Las enfermeras trabajarán con usted y sus doctores para coordinar su atención y asegurar que tenga lo que necesite para mantenerse sana.

### 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.fostercaretx.com/for-members/resources.html.

# Control de enfermedades

## Programa sobre el 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 pueden tener:

- Falta de aire.
- Opresión en el pecho.
- Sibilancias al respirar.
- Tos frecuente, especialmente en la noche.

Llame a Superior al 1-866-912-6283 si usted o su hijo:

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

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

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

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

Llame a Superior al 1-866-912-6283 si desea:

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

## Programa para la depresión

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

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

Llame a Superior al 1-866-912-6283 si desea:

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

## Programa de diabetes

El programa de Tratamiento de la enfermedad de la diabetes (DM) ayuda a los miembros con diabetes tipo 1 y tipo 2 proporcionando estrategias de autocontrol diseñadas para reducir el desarrollo y el progreso de complicaciones diabéticas.

- Administrar las opciones de estilo de vida.
- Controlar los niveles de glucosa en la sangre.
- Reconocer los signos de niveles altos y bajos de glucosa en la sangre.
- Seguir las recomendaciones anuales de las pruebas de detección.

# Control de enfermedades

## Programa de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo

El programa de Discapacidades intelectuales y del desarrollo es un programa de salud del comportamiento para miembros con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) y/o discapacidades físicas. La Coordinación de servicios de salud del comportamiento se asignará de acuerdo con las necesidades del miembro. Se identificarán las necesidades de IDD del miembro, y la Coordinación de servicios desarrollará y seguirá un Plan de Servicios Individuales (ISP).

Para reunir los requisitos para el programa de Discapacidades intelectuales y del desarrollo se requiere un trastorno del espectro autista (ASD) y/o cualquier grado de discapacidad intelectual. Para obtener más información, llame a Superior al 1-866-912-6283.

## Programa de Administración del Estilo de Vida

El programa de Administración del Estilo de Vida ofrece servicios telefónicos de contacto, educación y apoyo a los miembros interesados en cambiar comportamientos poco saludables. El programa ofrece motivación a los miembros y proporciona información sobre cómo reducir los riesgos para ayudarlos a alcanzar sus objetivos de salud. Los miembros que reúnen los requisitos incluyen, entre otras:

- Miembros con una nutrición deficiente.
- Miembros que buscan ayuda para controlar el peso.
- Miembros con altos niveles de estrés percibidos.
- Miembros que carecen de actividad física regular.
- Consumidores actuales de tabaco con interés en dejar de fumar en los próximos 30 días.

Para obtener más información, llame a Superior al 1-866-912-6283.

## Programa de estilo de vida

Programa de estilo de vida El Programa de estilo de vida es un programa colaborativo para el control de enfermedades facilitado por un coordinador de servicios de salud física para miembros con alto riesgo de complicaciones debido a su peso.

La identificación de los miembros se basa en puntuaciones de riesgo y criterios de diagnóstico, entre otros:

- Diabetes tipo II
- Hipotiroidismo
- Obesidad
- Trastornos del desarrollo o del estado de ánimo
- Depresión

Un asesor de salud de Superior brinda materiales informativos, sugiere el tipo de ejercicio adecuado, proporciona información sobre nutrición, hace un seguimiento del índice de masa corporal, evalúa las ideas y los sentimientos relacionados con la ingesta de alimentos y monitorea el cumplimiento de las recomendaciones alimentarias del proveedor de atención primaria (PCP), además de abordar los obstáculos para lograr las metas de control de peso.

# Control de enfermedades

## Programa de Depresión Perinatal y Posparto

El programa de Depresión Perinatal y Posparto ofrece servicios telefónicos de contacto, educación y apoyo para ayudar a las miembros embarazadas y/o posparto. El programa puede ayudar a abordar la depresión al proporcionar habilidades de autocontrol para controlar con éxito los síntomas de la depresión y mejorar su calidad de vida o la de su hijo/a. Para reunir los requisitos, los miembros deben ser de 12 años en adelante y estar embarazadas, o dentro de los 60 días posteriores al parto. Los miembros también deben tener:

- Uno o más reclamos que indican un diagnóstico de depresión, o;
- Síntomas actuales de depresión, o;
- Un informe de depresión a un proveedor.

Para obtener más información, llame a Superior al 1-866-912-6283.

## 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 1-866-912-6283 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.

## Start Smart for Your Baby® (SSFB)

Todas las miembros embarazadas de STAR Health pueden acceder al programa de administración de la atención SSFB, que promueve la educación y brinda apoyo para reducir el riesgo de complicaciones en el embarazo, el parto prematuro y las enfermedades infantiles que derivan de los embarazos de alto riesgo. El programa SSFB, que se ofrece a través de un equipo de administración de la atención del embarazo, se centra en los periodos prenatal y posparto, los hitos del desarrollo y la vinculación con recursos comunitarios de las miembros.

# Coordinación de servicios

## ¿Qué es la Coordinación de servicios? ¿En qué me ayudará un Coordinador de servicios?

La coordinación de servicios es un proceso activo y continuo para ayudarle a encontrar los servicios que usted o su hijo pueda necesitar, y a acceder a los mismos. El Coordinador de servicios se encargará de lo siguiente:

- Identificar sus necesidades.
- Desarrollar un Plan de Servicios Individuales. (ISP)
- Ayudarle a recibir sus servicios de manera oportuna.
- Garantizar que tenga distintas opciones de proveedores y acceso a los servicios cubiertos.
- Coordinar los servicios cubiertos por Superior con los servicios de apoyo social y comunitario, como el programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebes y Niños (WIC).

Superior quiere que usted esté seguro y sano para que participe en su Plan de Servicios Individuales (ISP). Todos los miembros de STAR Health son considerados miembros con necesidades especiales de atención médica (MSHCN) y serán asignados a un coordinador de servicios designado. Superior determinará el nivel adecuado de Coordinación de servicios para cada miembro basado en los resultados de un chequeo inicial que tendrá lugar a más tardar 10 días después de la inscripción en STAR Health y una evaluación a cargo de un Coordinador de servicios. También se tomará en cuenta la comunicación con el miembro, el Otorgante de consentimiento médico y el personal del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (DFPS).

## ¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de servicios?

Si desea hablar con un Coordinador de servicios de Superior, llame al 1-866-912-6283. Nuestros empleados están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. 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.

## ¿Con qué frecuencia hablaré con un Coordinador de servicios?

Su coordinador de servicios trabajará con usted para encontrar un horario regular para comunicarse. Los miembros con mayores necesidades por lo general conversarán con su Coordinador de servicios cada mes o cada dos meses, pero la mayoría de miembros se comunican con su Coordinador de servicios al menos una vez cada tres meses.

También recibirá una carta de su Coordinador de servicios por correo postal. La carta describirá detalladamente la frecuencia y el tipo de contacto que tendrá, según sus necesidades de atención médica. También le proporcionará el nombre de su Coordinador de servicios y le indicará cómo comunicarse con el mismo. Si desea conversar con su Coordinador de servicios, o si tiene alguna pregunta, llame al 1-866-912-6283.

## ¿Qué otros recursos están disponibles para los miembros a STAR Health?

Los miembros a STAR Health tienen acceso a muchos recursos en el sitio web de STAR Health, www-es.FosterCareTX.com. Estos incluyen:

- Boletín informativo trimestral y en línea para los miembros, con información sobre la salud general y los beneficios.
- Capacitación para los cuidadores y los jóvenes de entre 18 y 21 años.
- Ayuda para encontrar a un proveedor.
- Guía de recursos de la comunidad, que ofrece información sobre servicios locales, como transporte, alimentación y empleo.
- Lecciones y herramientas de autocuidado por Internet para brindarle ayuda con su salud.

# Directivas anticipadas

## Esta sección es solo para jóvenes adultos de 18 años o más.

### ¿Qué es una Directiva anticipada? ¿Cómo obtengo una Directiva anticiapada?

Una Directiva anticipada le permite decidir sobre su atención médica antes de que esté demasiado enfermo. Lo que usted decide se pone por escrito. Luego, si se enferma demasiado para tomar decisiones sobre su atención médica, su doctor sabrá qué tipo de atención usted quiere o no quiere recibir. La Directiva anticipada también puede decir quién puede tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo.

Por medio de este documento, usted tendrá el derecho de tomar decisiones sobre su atención médica como qué tipo de atención médica aceptará o no, si aceptaría alguna. Si firma uno de estos documentos, su doctor hará una nota en su expediente médico para que otros doctores estén informados.

Superior quiere que usted conozca su derecho de decidir para que pueda llenar los papeles de antemano. Estos son los tipos de Directivas anticipadas que usted puede escoger según la ley de Texas:

- **Directiva al doctor (testamento vital)**. Un testamento vital le indica al doctor qué 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 puede hacer un testamento vital. Su doctor tiene que seguir el testamento vital en caso de que usted se enferme gravemente y no esté en condiciones de decidir.
- **Poder perdurable para la atención médica**. Es un documento que le permite nombrar a alguien para tomar decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo por su cuenta.
- **Declaración de tratamiento de salud mental**. Le indica a su doctor sobre la atención de salud mental que usted quiere. En el estado de Texas usted puede hacer esta elección. Se vence tres años después de que usted la firme o usted puede cancelarla en cualquier momento, a menos que la corte lo considere incapacitado.
- **No resucitar fuera del hospital**. Le indica al doctor qué hacer si usted está a punto de morir. En el estado de Texas el doctor tiene que seguir esta petición si usted se enferma gravemente.

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 1-866-912-6283 para conseguirlas.

### ¿Qué hago si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre la atención médica?

Todos los adultos en hospitales, centros para convalecientes, centros de salud mental y abuso de sustancias y otros lugares que proporcionan atención médica, tienen derechos. Por ejemplo, usted tiene el derecho de saber qué atención recibirá, y que sus expedientes médicos siempre se mantendrán privados.

Una ley federal le otorga a usted el derecho de llenar una forma impresa conocida como “Directiva anticipada”. Una Directiva anticipada es un testamento vital o poder para la atención médica para cuando la persona no puede tomar una decisión por sí sola debido a su estado de salud. Le da la oportunidad de expresar por escrito sus deseos sobre qué tipo de atención médica usted quiere o no quiere, bajo condiciones médicas especiales y graves cuando quizás no pueda decírselo al doctor, al hospital o a otro personal.

# Facturas médicas

## ¿Qué hago si recibo una cuenta de mi doctor? ¿A quién llamo?

No se le debería facturar ningún servicio cubierto por Medicaid. Cuando solicite servicios de un doctor, un hospital, una farmacia u otro proveedor de Medicaid, siempre muestre su tarjeta de identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación de Superior. Si aún no recibió su tarjeta de identificación de Medicaid, entréguele al proveedor el formulario 2085B de DFPS para confirmar su cobertura de Medicaid. Si recibe una cuenta de un proveedor de Medicaid, llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283.

## ¿Qué información van a necesitar?

Cuando llame, dé al personal de Servicios para miembros:

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

***Recuerde:*** Si visita a un proveedor que no está registrado como proveedor de Superior para recibir atención que no es de urgencia/emergencia, es posible que Superior no le pague a dicho proveedor y que usted reciba una factura por los servicios.

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

### Consejo de Salud de Superior:

Si tiene asma, pregunte a su doctor sobre cómo preparar un plan de acción para el asma. El plan le ayudará a controlar el asma al indicarle:

- Cómo y cuándo obtener ayuda si tiene un ataque.
- Cómo y cuándo tomar su medicina.
- Cuándo debe realizarse los exámenes regulares.
- Mejores maneras de alimentarse y mantenerse en forma.
- Formas de limpiar la casa para reducir los síntomas.

# Quejas y apelación de quejas

## ¿Qué es una queja?

Una queja es cuando le escribe o habla a Superior para decir que no está contento/a con sus servicios, plan de salud o proveedor. Puede presentar una queja ante Superior por cuestiones con las que no esté satisfecho, como la atención médica que recibió, problemas para programar una cita o ser tratado de forma grosera por un proveedor o empleado de Superior.

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

Superior entiende que usted no siempre estará contento/a con la atención que recibe. Queremos brindarle nuestra ayuda.

Si tiene una queja sobre un proveedor o si quiere apelar al resultado de una queja, llame a Superior sin costo alguno al 1-866-912-6283 (TTY/TDD: 1-800-735-2989) y cuéntenos su problema. Se ofrecen servicios de intérprete sin costo alguno. El Representante de los miembros de Superior puede ayudarle a presentar una queja. La mayoría de las veces podremos ayudarle de inmediato, o a más tardar dentro de unos pocos días. Un otorgante de consentimiento médico también puede presentar una queja en su nombre.

## ¿Puede alguien de Superior ayudarme a presentar una queja?

Un Defensor de miembros de Superior le puede ayudar a presentar una queja. Solo tiene que llamar a Servicios para miembros al 1-866-912-6283 (TTY 1-800-735-2989). También puede presentar una queja en línea en https://www-es.fostercaretx.com/for-members/resources/complaints-appeals.html. 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.

## ¿Es posible enviar una queja por correo o fax?

Sí. Se puede enviar una queja escrita por correo o fax a:

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

## ¿Cuánto tiempo tarda en tramitarse la queja?

La mayoría de las veces, le podemos ayudar de inmediato dentro de los primeros días. Superior tendrá una respuesta a su queja en escrito dentro de 30 días.

## Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿Con quién más puedo comunicarme?

Si no está contento/a con la respuesta a su queja de Superior, tiene el derecho de reunirse con una audiencia del panel de quejas. El panel está compuesto de miembros, proveedores y empleados de Superior. Puede pedir una apelación de queja al llamar a Servicios para miembros de Superior al 1-866-912-6283. También puede pedir una apelación de queja por escrito.

Envíe su queja por correo electrónico o fax a:

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

El panel se reunirá con usted y le dará la respuesta final a su queja. Puede tomar hasta treinta (30) días después de recibir su solicitud por escrito.

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

Una vez que haya pasado por el proceso de quejas de Superior, puede presentar una queja a la Comisión de Servicios Humanos y de la Salud de Texas (HHSC) llamando a la línea gratuita 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.

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

Puede presentar una queja en cualquier momento. La queja puede presentarse por teléfono, por correo o por Internet en el sitio https://www-es.fostercaretx.com/for-members/resources/complaints-appeals.html.

## Línea de escalamiento del MDCP/DBMD

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

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

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

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

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

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

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

### ¿Quiénes pueden llamar a la línea de ayuda?

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

### ¿Puedo llamar en cualquier horario?

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

# Denegación médica previa y continuación de los servicios

## ¿Qué es una denegación previa?

Si su médico o el de su hijo solicita servicios que pueden no ser médicamente necesarios, Superior iniciará un análisis llamado denegación previa. Hablaremos con su médico o el de su hijo, el otorgante de consentimiento médico o el trabajador social de DFPS antes de que Superior niegue o reduzca un servicio.

El director médico de Superior le preguntará a usted o a su niño sobre los servicios que necesita. Su doctor o el de su hijo, el otorgante de consentimiento médico o el trabajador social de DFPS podrían tener nueva información de utilidad para que Superior tome una decisión sobre los servicios solicitados.

Superior le informará al otorgante de Consentimiento médico y al trabajador social de DFPS lo que está sucediendo con la solicitud mientras se revisa.

### Consejo de Salud de Superior

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

# Determinación adversa de beneficios, apelaciones interna del plan médico, apelaciones externas

## ¿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.

## 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, otorgante del consentimiento médico, abogado u otro representante legal autorizado pueden solicitar una apelación de una decisión adversa de beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una apelación, un representante de los miembros de Superior puede ayudarle. Simplemente llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283. Se ofrecen servicios de intérprete sin costo alguno. Llame a Servicios para miembros al 1-866-912-6283 (TTY 1800-735-2989) para pedir ayuda.

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

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

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

Al apelar la decisión adversa de beneficios de Superior, puede solicitar la continuidad de los servicios actuales

autorizados. Para continuar recibiendo un servicio que está por ser finalizado, suspendido o reducido, su solicitud de continuar un servicio debe realizarse dentro de los diez (10) días corridos desde la fecha de la carta de Aviso de decisión adversa de beneficios de Superior, o antes de la fecha en que se suspendan los servicios anteriormente autorizados, lo que ocurra más tarde.

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

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

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

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

Para informarnos que desea apelar una decisión adversa de beneficios de Superior, puede llamar o solicitarla por escrito. Usted, su proveedor, otorgante del consentimiento, abogado u otro representante legal autorizado 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 1-866-912-6283.

## ¿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

# Determinación adversa de beneficios, apelaciones interna del plan médico, apelaciones externas

## ¿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, otorgante de consentimiento médico, abogado u otro representante legal autorizado pueden presentar una apelación de emergencia en su nombre. Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una apelación de emergencia, un representante de los miembros de Superior puede ayudarle.

## Apelaciones externas

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

## Revisión médica externa

## ¿Puedo solicitar una revisión médica externa?

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

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

# Determinación adversa de beneficios, apelaciones interna del plan médico, apelaciones externas

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

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

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

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

## ¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá seriamente en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar sus funciones al máximo, tanto usted como su padre, madre o otorgante de consentimiento médico 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 HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interna de Superior.

## Audiencias imparciales estatales

## ¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?

Antes de solicitar una audiencia imparcial estatal, debe completar el proceso de apelación interna del plan médico a través de Superior HealthPlan. **Si no está de acuerdo con la decisión de Superior sobre su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas, ya sea con o sin revisión médica externa, a través de una Organización de Revisión Independiente (IRO)**. Podrá solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal, pero no podrá solicitar solo una revisión médica externa. También podrá solicitar una audiencia imparcial estatal con o sin revisión médica externa si Superior no toma una decisión sobre su apelación dentro del plazo requerido. En la audiencia imparcial estatal, puede representarse a sí mismo o nombrar a otra persona como su representante. Podría ser un médico, pariente, amigo, abogado o cualquier otra persona. Puede nombrar a una persona para que lo represente escribiendo una carta dirigida a Superior donde indique el nombre de la persona que desea que actúe como su representante.

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

Tiene derecho a seguir recibiendo todos los servicios, incluidos los servicios y entornos alternativos, que el plan

médico le haya denegado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia imparcial estatal, si la solicita antes de la fecha que ocurra más tarde de las siguientes: (1) dentro de los 10 días corridos posteriores a la fecha en la que el plan médico le 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.
Austin, TX 78741
1-877-398-9461

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa.

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

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

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

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

## ¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

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

# Derechos y responsabilidades

## ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

**Derechos del miembro**:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
   a) Ser tratado justa y respetuosamente.
   b) Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un PCP. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
   a) Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
   b) Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
   a) Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
   b) Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
   c) Recibir información sobre su salud, el plan, los servicios y los proveedores.
   d) Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
5. Si su organización de atención médica administrada (MCO) ofrece servicios y entornos alternativos, usted tiene derecho a:
   a) Recibir información sobre los servicios y entornos alternativos que puede obtener y cómo solicitarlos.
   b) Ser informado de los motivos por los que se han reducido o denegado los servicios y entornos alternativos.
   c) Optar por rechazar los servicios y entornos alternativos en lugar de otros servicios cubiertos.
6. Tiene derecho a hacer uso de todos los procesos de apelación y quejas disponibles a través de la organización de atención médica administrada y de Medicaid, y a recibir una respuesta oportuna a las quejas, las apelaciones internas del plan médico, las revisiones médicas externas y las audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho de:
   a) Presentar una queja ante su STAR Health plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el STAR Health plan de salud.
   b) La línea de escalamiento del MDCP/DBMD para los miembros que reciben servicios de exención a través del Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP) o del Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD).
   c) Recibir una respuesta oportuna a su queja.
   d) Usar el proceso de apelación del plan y a que le informen cómo hacer uso de este proceso. \
   e) Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.
   f) Solicitar una audiencia imparcial estatal con o sin revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.
7. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
   a) Presentar una queja ante su plan médico o el programa estatal de Medicaid en relación con la atención médica, el proveedor o el plan médico.

b) La línea de escalamiento del MDCP/DBMD para los miembros que reciben servicios de exención a través del Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP) o del Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD).

c) Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.

d) Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.

e) Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.

8. Usted tiene derecho a no ser sometido a restricción o reclusión por intereses de terceros, o para forzarlo a cometer un acto contra su voluntad, o para evitar que abandone un lugar o para castigarlo.
9. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo al nino atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento del nino. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
10. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
11. Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de Superior.

**Responsabilidades del miembro:**

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   a) Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
   b) Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del STAR Health plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   a) Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
   b) Escoger su STAR Health plan de salud y su PCP sin demora.
   c) hacer cualquier cambio de STAR Health plan de salud y de PCP, según lo indiquen Medicaid y el STAR Health plan de salud.
   d) Acudir a las citas programadas.
   e) Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
   f) siempre llamar primero a su PCP para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;
   g) Estar seguro de que tiene la aprobación de su PCP antes de consultar a un especialista;
   h) Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su PCP toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   a) Informar a su PCP sobre su salud.
   b) Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
   c) Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Si recibe servicios de un ayudante o de enfermería, tiene que cumplir con los requisitos de verificación electrónica de visita permitiéndole al ayudante o enfermera usar su teléfono para llamar gratis o usar otro aparato, cuando entre y salga del trabajo.

5. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   a) Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
   b) Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
   c) Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
   d) Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
   e) Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

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

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

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

## Como miembro de Superior, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre Superior y nuestros proveedores de la red, como mínimo, doctores de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluye nombres, direcciones, números de teléfono, idiomas hablados (aparte del inglés), identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes y calificaciones de cada proveedor de la red, como:
  - Calificaciones profesionales.
  - Especialidad.
  - Universidad de Medicina a la que asistió.
  - Finalización de la residencia.
  - Estado de certificación ante el Consejo.
  - Datos demográficos.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelación interna del plan médico, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal.
- Información sobre el Programa de Mejora de la Calidad de Superior. Para solicitar una copia impresa, llame a los Servicios para afiliados al 1-866-912-6283 o visite nuestro sitio web en SuperiorHealthPlan.com/MejoradelaCalidad.

- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Información sobre servicios y entornos alternativos, si los ofrece su MCO, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios y la política sobre referidos.
- Cómo pueden obtener beneficios los miembros, incluso autorizaciones previas, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites de dichos beneficios, entre ellos:
  - La explicación de un estado médico de emergencia y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
  - El hecho de que no necesita la autorización previa de su PCP para recibir atención de emergencia.
  - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
  - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
  - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
  - Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a servicios especializados y para otros beneficios que no puede recibir del PCP.
- Las pautas de las prácticas de Superior.

## Plan de incentivos para doctores

Superior HealthPlan recompensa a los médicos por tratamientos que reduzcan o limiten los servicios a personas cubiertas por Medicaid. Sin embargo, los médicos que forman parte de un plan de incentivos no reducen ni limitan los servicios médicamente necesarios. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico principal) es parte de este plan de incentivos médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al 1-866-912-6283 para más información al respecto.

## Su derecho a la privacidad

**El siguiente aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a ella. Por favor, lea con atención.**

En Superior, su privacidad es importante para nosotros. Haremos todo lo que se pueda para proteger su información médica. Puede obtener una copia de nuestro aviso de privacidad en www-es.FosterCareTX.com o llamando a los Servicios para miembros al 1-866-912-6283. Por ley, tenemos que proteger su información médica y enviarle este aviso. Este aviso le informa sobre cómo usamos su información médica. Indica cuándo podemos divulgar la información a otros. Explica sus derechos con respecto al uso de su información médica. También explica cómo usar estos derechos y quién puede ver su información médica. Este aviso no se aplica a la información que no le identifica a usted.

Cuando se menciona su información médica en este aviso, incluye cualquier información relacionada con su salud física o mental en el pasado, presente o futuro durante el tiempo que sea miembro de Superior. Esto incluye la atención médica que se le brinde. También incluye el pago de su atención médica durante el tiempo que usted sea miembro.

***Favor de notar:***

Usted también recibirá un Aviso sobre la privacidad del estado de Texas que describe las normas que ellos tienen para su información médica. Otros planes de salud y proveedores de atención médica podrían tener normas diferentes relacionadas con el uso o la divulgación de su información médica. Le pedimos que obtenga una copia de su Aviso sobre la privacidad y lo lea con cuidado.

# 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

Revised 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).

## Obligaciones de las entidades cubiertas:

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

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

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

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

Todo Aviso modificado será publicado en nuestro sitio web.

## Protecciones internas de su PHI oral, escrita y electrónica:

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

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

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

# Aviso de prácticas de privacidad

## Usos y divulgación permitidos de su PHI:

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

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

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

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

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

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

usará o divulgará la información de salud protegida (por ejemplo, si ha aceptado no usar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

## Otras formas de divulgar su PHI requeridas o permitidas:

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

  También podemos divulgar su PHI relevante para identificar o localizar a una persona sospechosa, fugitiva, perdida o que es testigo material.
- **Registros de trastorno por consumo de sustancias (SUD)**: no usaremos ni divulgaremos sus registros de SUD en procesos legales contra usted a menos que:

- Recibamos su consentimiento por escrito, o
- Recibamos una orden judicial, que usted haya sido informado de la solicitud y que le hayan dado la oportunidad de ser escuchado. La orden judicial debe incluir una citación o un documento legal similar que requiera una respuesta.

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

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

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

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

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

## Derechos individuales

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

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

# Aviso de prácticas de privacidad

- **Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones**: tiene derecho a recibir una lista de los casos en que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI dentro del período de los últimos 6 años. Esto no incluye la divulgación para fines de operaciones de atención médica, pagos o tratamientos, ni la divulgación que usted autorizó y otras actividades específicas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tasa razonable basada en el costo ocasionado por responder a estas solicitudes adicionales. Le daremos más información sobre nuestras tasas en el momento en que realice su solicitud.
- **Derecho a presentar una queja**: si cree que se han violado sus derechos a la privacidad o que hemos violado nuestras prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja por escrito o por teléfono usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso.

  También puede presentar una queja en la Oficina para los Derechos Civiles de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; para ello, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al **1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o visite 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.
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).

# Verificación electrónica de visitas

**Formulario 1718-S**
Página 4 / 03-2021-E

## Sección IV: Acuse de recibo

Certifico que:

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

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

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

# Fraude, malgasto y abuso

## ¿Quiere denunciar fraude, malgasto y abuso?

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

## Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

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

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

- Llame a la línea de ayuda de la Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-436-6184 o
- Visite https://oig.hhs.gov/fraud y haga clic en el botón "Report Fraud" (Denunciar fraude) para rellenar el formulario por Internet.
- Puede informar directamente a su plan de la salud:

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

## Para denunciar fraude, malgosto y abuso reúna toda la información posible.

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

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor;
- El nombre y la 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 nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
- Las fechas de los sucesos; y
- 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 donde vive la persona; y
- Detalles específicos sobre el Fraude, malgasto y abuso.

# Opción electiva del otorgante del consentimiento médico de pagar por cuenta propia por servicios de proveedores fuera de la red

## Opción electiva del otorgante del consentimiento médico de pagar por cuenta propia por servicios de proveedores fuera de la red (miembros bajo tutela del DFPS)

Un otorgante de consentimiento médico, que no sea el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (DFPS), de un niño inscrito en STAR Health puede solicitar atención médica, distinta de los servicios de farmacia, a un proveedor que no esté inscrito en la red de Superior HealthPlan en nombre del niño y asumir la responsabilidad financiera de esa atención. El otorgante de consentimiento médico que elija esta opción para un niño debe cumplir con todos los requisitos del DFPS y notificar al trabajador social del niño a más tardar el décimo día hábil después de que el niño reciba la atención médica.

Consulte la sección Beneficios y Servicios cubiertos para obtener información acerca de los servicios cubiertos para su hijo. Si necesita ayuda para encontrar o acceder a un proveedor de servicios cubiertos que su hijo necesita, comuníquese con un Coordinador de Servicios de Superior al 1-866-912-6283.

Si tiene preguntas sobre la opción de solicitar y pagar por cuenta propia los servicios de un proveedor fuera de la red, el otorgante del consentimiento médico debe comunicarse con el trabajador social del niño.

# Glosario de términos

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

# Glosario de términos

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

# Notas

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

**www-es.FosterCareTX.com**