Amerigroup

TEXAS Medicare Medicaid PLAN
Su Plan de Salud ★ Su Opción

TEXAS Health and Human Services

Manual del miembro 2022

Servicios para Miembros: **1-855-878-1784** (TTY: **711**)
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local
www.myamerigroup.com/TXmmp

H8786_22_3000434_U_SP CMS Accepted 09/01/2021

1034327TXSSPAGP

Manual del miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan)

Del 1.º de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Su cobertura de salud y medicamentos en virtud de Amerigroup STAR+PLUS MMP Medicare-Medicaid Plan

Presentación del *Manual del miembro*

En este manual, encontrará información sobre su cobertura de Amerigroup STAR+PLUS MMP hasta el 31 de diciembre de 2022. Aquí se explican los servicios de atención médica, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). Los LTSS lo ayudan a permanecer en casa en lugar de ir a un hogar de ancianos o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan Amerigroup STAR+PLUS MMP es ofrecido por Amerigroup Texas, Inc. (Amerigroup). En este *Manual del miembro*, “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” se refiere a Amerigroup Texas, Inc. (Amerigroup). Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa Amerigroup STAR+PLUS MMP.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-878-1784** (TTY: **711**), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. local time. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, le ofrecemos servicios de asistencia de idiomas sin cargo. Llame al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que está en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si su pedido es regular. Eso quiere decir que enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años. También puede llamarnos para cambiar o cancelar este pedido regular.

Además, puede encontrar los documentos en línea, en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 4

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 13

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos 31

Capítulo 4: Cuadro de beneficios 53

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan 116

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Texas Medicaid 136

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos 147

Capítulo 8: Sus derechos y obligaciones 153

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de la cobertura, apelaciones, reclamos) 172

Capítulo 10: Finalización de su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan 221

Capítulo 11: Avisos legales 229

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 239

Limitaciones de responsabilidad

- Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) es un plan médico que tiene contratos con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos.
- IngenioRx, Inc. es una empresa independiente que presta servicios de administración de beneficios de farmacia en nombre de su plan médico.
- La cobertura de Amerigroup STAR+PLUS MMP es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de la Atención de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Amerigroup STAR+PLUS MMP, un plan médico que cubre todos los servicios de Medicare y Texas Medicaid, y su membresía en él. También explica qué esperar y qué otra información obtendrá de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Bienvenido a Amerigroup STAR+PLUS MMP 5

B. Información sobre Medicare y Texas Medicaid 5

B1. Medicare 5

B2. Texas Medicaid 5

C. Ventajas de este plan 6

D. Área de servicio de Amerigroup STAR+PLUS MMP 7

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan 7

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan médico 8

G. Su plan de atención 8

H. Prima mensual del plan Amerigroup STAR+PLUS MMP 9

I. El *Manual del miembro* 9

J. Otra información que obtendrá de nosotros 9

J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP 9

J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 10

J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 11

J4. *Explicación de beneficios* 11

K. Cómo puede mantener actualizado su registro de membresía 12

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI) 12

A. Bienvenido a Amerigroup STAR+PLUS MMP

Amerigroup STAR+PLUS MMP es un Medicare-Medicaid Plan. Un Medicare-Medicaid Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y otros proveedores. También tiene coordinadores de servicios y equipos de coordinación de servicios para ayudarlo a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Amerigroup STAR+PLUS MMP fue aprobado por el Estado de Texas y los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) para proporcionarle servicios como parte del Proyecto de Demostración de atención integrada para personas doblemente elegibles de Texas (Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project).

Este Proyecto es un programa de demostración conjunta operado por Texas y el gobierno federal para brindar una mejor atención médica a las personas que tienen Medicare y Texas Medicaid. Conforme a esta demostración, el estado y el gobierno federal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted recibe los servicios de atención médica de Medicare y Texas Medicaid.

Amerigroup presta servicios a los texanos desde 1996. Vivimos y trabajamos en su comunidad y entendemos sus necesidades de atención médica únicas. Estamos preparados para brindarle nuestra experiencia y ayudarlo a aprovechar al máximo Amerigroup STAR+PLUS MMP.

B. Información sobre Medicare y Texas Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal destinado a:

- Personas de 65 años o más,
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **Y**
- Personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. Texas Medicaid

Texas Medicaid es un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los LTSS y gastos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado tiene su propio programa Medicaid y decide:

- Qué cuenta como ingreso y recursos,
- Quién califica,
- Qué servicios están cubiertos, **Y**
- El costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo dirigir sus programas, siempre que sigan las normas federales.

Medicare y Texas deben aprobar el plan Amerigroup STAR+PLUS MMP todos los años. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Texas Medicaid a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- Usted sea elegible para participar en el Proyecto de Demostración de atención integrada para personas doblemente elegibles de Texas (Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project);
- Ofrezcamos el plan en su condado, y
- Medicare y el Estado de Texas aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Texas Medicaid no se verá afectada.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid de Amerigroup STAR+PLUS MMP, incluidos los medicamentos recetados. **No deberá pagar ningún costo adicional para inscribirse en este plan médico.**

Amerigroup STAR+PLUS MMP ayudará a que sus beneficios de Medicare y Texas Medicaid funcionen mejor en conjunto y de mejor forma para usted. Algunas de las ventajas incluidas son las siguientes:

- Usted podrá trabajar con **un** plan médico para **todas** sus necesidades de seguros médicos.
- Tendrá un equipo de coordinación de servicios que usted ayudó a formar. Su equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales médicos que están a su disposición para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita.
- Usted tendrá un coordinador de servicios. Es una persona que trabaja con usted, con Amerigroup STAR+PLUS MMP y con sus proveedores de cuidados médicos para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención con ayuda de su equipo de coordinación de servicios y el coordinador de servicios.
- El equipo de coordinación de servicios y el coordinador de servicios trabajarán con usted para elaborar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de coordinación de servicios estará a cargo de la coordinación de los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa lo siguiente:
    - El equipo se asegurará de que sus médicos conozcan los medicamentos que usted toma para reducir cualquier efecto secundario.

- El equipo se asegurará de que los resultados de sus análisis se compartan con todos sus médicos y demás proveedores.

D. Área de servicio de Amerigroup STAR+PLUS MMP

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bexar, El Paso, Harris y Tarrant.

Solo las personas que viven en uno de estos condados en nuestra área de servicio pueden obtener Amerigroup STAR+PLUS MMP.

Si se muda fuera de nuestra área de servicios, no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre qué sucede cuando se muda fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- Tenga 21 años o más, **y**
- Viva en nuestra área de servicio, **y**
- Tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B, **y**
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos.
- Sea elegible para Texas Medicaid y **al menos una** de las siguientes opciones:
  - Tenga una discapacidad física o mental y califique para el Ingreso de seguridad suplementario (SSI), **o**
  - Califique para Texas Medicaid porque recibe servicios de exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCS), **y**
- NO esté inscrito en uno de los siguientes programas de la exención 1915(c):
  - Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
  - Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
  - Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCS)
  - Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan médico

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, le harán una evaluación de riesgos de la salud en los primeros 90 días.

En la evaluación de riesgos de la salud, se analizan con mayor profundidad sus necesidades médicas y sociales, y sus capacidades. Obtendremos información de usted, sus proveedores y sus familiares/cuidadores cuando sea apropiado. Esta evaluación estará a cargo de profesionales de salud calificados, como coordinadores de servicios clínicos o trabajadores de la salud comunitarios.

Si los resultados de la evaluación de riesgos de la salud indican que tiene necesidades médicas importantes, tal vez se le pida que se realice otras evaluaciones para determinar si necesita atención adicional a través del programa de exención STAR+PLUS de Texas Medicaid.

Si Amerigroup STAR+PLUS MMP es algo nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los médicos que visita ahora por 90 días o hasta que se finalice la nueva evaluación de riesgos de la salud.

Pasados los 90 días para la mayoría de los servicios, y seis meses para servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), deberá ver a médicos y otros proveedores de la red de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Una red es un grupo grande de médicos, especialistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de cuidado médico. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo recibir atención.

G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan que detalla los servicios de salud que recibirá y de qué manera.

Después de su evaluación de riesgo de salud, su equipo de coordinación de servicios se reunirá con usted para conversar acerca de qué servicios de salud necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de coordinación de servicios elaborarán un plan de atención.

Cada año, su equipo de coordinación de servicios trabajará con usted para actualizar su plan de atención si cambian los servicios de salud que usted necesita y desea.

Su plan de atención es desarrollado con usted o su representante designado para ayudar a garantizar que se satisfagan sus necesidades en el entorno más apropiado. Su coordinador de servicios continuará trabajando con usted durante el año para ayudar a garantizar que esté avanzando hacia el logro de sus metas y recibiendo los servicios identificados en su plan de atención.

H. Prima mensual del plan Amerigroup STAR+PLUS MMP

Amerigroup STAR+PLUS MMP no tiene una prima mensual del plan.

I. El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestras acciones. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede pedir el *Manual del miembro* llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede ver el *Manual del miembro* en www.myamerigroup.com/TXmmp o descargarlo de este sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Amerigroup STAR+PLUS MMP, entre el 1.º de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

J. Otra información que obtendrá de nosotros

Ya debe haber recibido su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP, la información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias*, y la información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Texas Medicaid, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y las recetas. Debe mostrar esta tarjeta cuando recibe cualquier servicio o medicamento recetado. Esta es una tarjeta de muestra para que vea cómo será la suya:

Si la tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato, al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), y le enviaremos una nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare ni su tarjeta de Texas Medicaid para recibir servicios. Guárdelas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP, tal vez el proveedor le facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber lo que debe hacer si recibe una factura de un proveedor. **La única excepción es que usará su tarjeta de Original Medicare si necesita cuidado para enfermos terminales.**

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores y las farmacias de la red de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 8).

Puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.myamerigroup.com/TXmmp o descargarlo de este sitio web.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le da la dirección, el número de teléfono y el horario de atención del proveedor, y le indica si el proveedor está aceptando nuevos pacientes, si el lugar es accesible para personas con discapacidades y si el proveedor ha recibido capacitación de competencia cultural.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red incluyen:
  - Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
  - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**
  - Agencias para el cuidado de la salud en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otras personas que ofrezcan productos y servicios que usted recibe a través de Medicare o Texas Medicaid.

Los proveedores de la red de servicios han aceptado los pagos de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago en su totalidad.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto en un caso de emergencia, usted debe abastecer sus recetas en una de las farmacias de la red si quiere que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web de Amerigroup STAR+PLUS MMP le pueden brindar la información más actualizada sobre los cambios en farmacias y proveedores de nuestra red.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Allí se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP.

En la Lista de medicamentos, también se indica si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas normas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero también pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.myamerigroup.com/TXmmp o llame al **1-833-232-1711** (TTY: **711**).

J4. *Explicación de beneficios*

Cuando utilice sus beneficios para medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un resumen que lo ayudará a entender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se llama *Explicación de Beneficios* (o EOB).

En la EOB se le indica el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como los aumentos de precios y otros medicamentos que podrían estar disponibles a una distribución de costos menor. Puede hablar con su médico que receta sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6, se brinda más información sobre la EOB y cómo le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

La EOB también está a su disposición si usted la pide. Para recibir una copia, comuníquese con Servicios para Miembros.

K. Cómo puede mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, infórmenos cualquier cambio en sus datos.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le cuestan**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura del seguro médico; por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, el empleador de su pareja doméstica o compensación para trabajadores.
- Cualquier demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Admisión en un hospital u hogar de ancianos.
- Atención en un hospital o una sala de emergencias que estén fuera del área o fuera de la red.
- Cambios en quién es su cuidador (la persona responsable de usted).
- Si forma parte de un estudio de investigación clínica o ingresa en uno.

Si alguna información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes nos exigen mantener la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre Amerigroup STAR+PLUS MMP y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de servicios y otras personas que trabajen como defensor en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP 15

A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Miembros 15

B. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios 20

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de servicios 21

C. Cómo comunicarse con la Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería) 22

C1. Cuándo comunicarse con la Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería) 22

D. Cómo comunicarse con la Behavioral Health and Substance Abuse Crisis Line (Línea de crisis de salud del comportamiento y abuso de sustancias) 22

D1. Cuándo comunicarse con la Behavioral Health and Substance Abuse Crisis Line (Línea de crisis de salud del comportamiento y abuso de sustancias) 23

E. Cómo comunicarse con la línea de Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y la línea de “Where’s My Ride?” 23

E1. Cuándo comunicarse con la línea de Servicios de NEMT 24

F. Cómo comunicarse con el State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 24

F1. Cuándo comunicarse con el HICAP 25

G. Cómo comunicarse con la Quality Improvement Organization (QIO) 25

G1. Cuándo comunicarse con TMF, Health Quality Institute 26

H. Cómo comunicarse con Medicare 26

I. Cómo comunicarse con Texas Medicaid 27

J. Cómo comunicarse con la Oficina de Defensoría de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) 28

K. Cómo comunicarse con la Texas Long-Term Care Ombudsman 29

L. Otros recursos 30

A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP

LLAME AL	**1-855-878-1784.** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Si necesita servicios de emergencia, llame al 911. Si llama en un día feriado, sábado o domingo, puede dejar un mensaje de correo de voz. Devolveremos su llamada en el plazo de un (1) día hábil. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
ESCRIBA A	Amerigroup STAR+PLUS MMP MMP Member Services 5959 Corporate Drive Suite 1300 Houston, TX 77036
SITIO WEB	www.myamerigroup.com/TXmmp

A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de miembro.
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica.
  - Una decisión sobre la cobertura relacionada con su atención médica es una decisión sobre los siguientes aspectos:
    - sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
    - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas acerca de una decisión sobre la cobertura relacionada con cuidado de la salud.
  - Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

Cómo comunicarse con nosotros si está pidiendo una decisión sobre la cobertura relacionada con su atención médica

LLAME AL	**1-855-878-1784.** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
ESCRIBA A	MMP Clinical Department 5959 Corporate Drive Suite 1300 Houston, TX 77036

Cómo comunicarse con nosotros si está pidiendo una decisión sobre la cobertura relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D

LLAME AL	**1-833-232-1711.** Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Amerigroup Attention: Pharmacy Department PO Box 47686 San Antonio, TX 78265-8686

Cómo comunicarse con nosotros para presentar un reclamo, una queja formal o una apelación (atención médica y medicamentos recetados)

LLAME AL	**Para la Parte C (atención médica), llame al:** **1-855-878-1784** **Para la Parte D (medicamentos recetados), llame al:** **1-833-232-1711** Estas llamadas son gratuitas. **Para la Parte C (atención médica):** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. **Para la Parte D (medicamentos recetados):** las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. **Para la Parte C (atención médica):** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. **Para la Parte D (medicamentos recetados):** las 24 horas, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Amerigroup STAR+PLUS MMP Complaints, Appeals, and Grievances Mailstop: OH0205-A537 4361 Irwin Simpson Road Mason, OH 45040
FAX	**Para la Parte C (atención médica):** 1-888-458-1406 **Para la Parte D (medicamentos recetados):** 1-888-458-1407

- Apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es un método formal para solicitarnos que modifiquemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y pedirnos que la cambiemos si piensa que cometimos un error.
  - Para conocer más sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Reclamos sobre su atención médica

- Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor, esté o no esté en la red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. También puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Quality Improvement Organization (consulte la Sección G a continuación).
- Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
- Puede enviar un reclamo acerca de Amerigroup STAR+PLUS MMP directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Para conocer más sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos
  - Una decisión sobre la cobertura relacionada con los medicamentos es una decisión sobre los siguientes aspectos:
    - sus beneficios o medicamentos cubiertos, **o**
    - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, medicamentos recetados de Texas Medicaid y medicamentos de venta libre de Texas Medicaid.
  - Para más información sobre las decisiones de cobertura relativas a sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Reclamos sobre sus medicamentos
  - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos recetados.

  - Si su reclamo es sobre una decisión sobre la cobertura relacionada con sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
  - Puede enviar un reclamo acerca de Amerigroup STAR+PLUS MMP directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
  - Para más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para más información sobre apelaciones.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos el costo de la atención médica que haya recibido

LLAME AL	**1-855-878-1784.** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
ESCRIBA A	Amerigroup STAR+PLUS MMP Claims Services PO Box 61010 Virginia Beach, VA 23466-1010

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que haya recibido

LLAME AL	**1-833-232-1711.** Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	IngenioRx ATTN: Claims Department - Part D Services PO Box 52077 Phoenix, AZ 85072-2077

B. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios

Al inscribirse, se le asignará un coordinador de servicios clínicos que ayudará a coordinar la atención para todas sus necesidades: necesidades médicas, sociales, de salud del comportamiento y de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) con base en la comunidad o en un centro.

Si ya tiene un Coordinador de servicios (de Amerigroup STAR+PLUS, por ejemplo), puede solicitar que esa persona sea su coordinador de servicios de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Aprobaremos su solicitud siempre y cuando:

- Ese coordinador de servicios también esté disponible en Amerigroup STAR+PLUS MMP.
- Él o ella tenga el tiempo, según su cantidad de casos actual.

Si no elige un coordinador de servicios, lo pondremos en contacto con uno. Elegiremos uno que tenga la experiencia y las calificaciones adecuadas para atender sus necesidades singulares. Usted tiene derecho a cambiar su coordinador de servicios en cualquier momento.

LLAME AL	**1-855-878-1784.** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
ESCRIBA A	Amerigroup STAR+PLUS MMP MMP Service Coordination 5959 Corporate Drive Suite 1300 Houston, TX 77036

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de servicios

- Preguntas sobre su atención médica.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

El estado y Amerigroup STAR+PLUS MMP determinan su elegibilidad para los servicios LTSS.

A veces, puede recibir ayuda con las necesidades básicas y de atención médica diarias. Es posible que pueda recibir estos servicios:

- Servicios de asistencia personal (PAS)
- Servicios de actividades diarias y salud (DAHS)
- Cuidado especializado de enfermería
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Servicios sociales médicos
- Cuidado médico en el hogar

C. Cómo comunicarse con la Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería)

En ocasiones, usted tendrá inquietudes de salud durante la noche, los fines de semana o los feriados. Lo entendemos. Sin importar el día o la hora que sea, puede hablar con un enfermero registrado al llamar a nuestra Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería).

LLAME AL	**1-855-878-1784.** Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana.

C1. Cuándo comunicarse con la Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería)

- Preguntas sobre su atención médica

D. Cómo comunicarse con la Behavioral Health and Substance Abuse Crisis Line (Línea de crisis de salud del comportamiento y abuso de sustancias)

Amerigroup STAR+PLUS MMP cuenta con una línea gratuita de salud del comportamiento para casos de crisis y emergencias, atendida por personal capacitado, las 24 horas, los 7 días de la semana y los 365 días del año, para ayudar a los miembros que tienen:

- Ideas o planes suicidas u homicidas
- Depresión y ansiedad graves
- Trastornos graves por abuso de sustancias
- Síntomas de salud mental graves y/o sentimiento de inseguridad consigo mismo o respecto de los demás

Un representante de Administración de la utilización (UMR) y, si fuera necesario, un profesional clínico licenciado trabajarán con los miembros para evaluar el nivel de riesgo, aplacar la situación y realizar las recomendaciones y remisiones pertinentes, que podría incluir solicitar servicios de emergencia.

LLAME AL	**1-855-878-1784.** Esta llamada es gratuita. La línea telefónica es atendida por personal capacitado las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita servicios de emergencia, llame al 911. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**711.** Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana.

D1. Cuándo comunicarse con la Behavioral Health and Substance Abuse Crisis Line (Línea de crisis de salud del comportamiento y abuso de sustancias)

- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento
- Preguntas sobre servicios de tratamiento para abuso de sustancias

E. Cómo comunicarse con la línea de Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y la línea de “Where’s My Ride?”

Los servicios de NEMT ofrecen transporte para las citas médicas que no son de emergencia a los miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos servicios incluyen traslados al médico, dentista, farmacia, hospital y otros sitios donde recibe servicios de Medicaid. Los servicios de NEMT no incluyen viajes en ambulancia.

Recuerde programar los viajes lo antes posible y **al menos dos días hábiles antes**.

LLAME AL	**Para la línea de Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT):** 1-844-869-2767. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local. **Para la línea de "Where's My Ride?":** 1-844-869-2767. Esta llamada es gratuita. De lunes a sábado, de 5 a. m. a 7 p. m., hora local. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	**Para la línea de Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT):** 711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local. **Para la línea de "Where's My Ride?":** 711. Esta llamada es gratuita. De lunes a sábado, de 5 a. m. a 7 p. m., hora local.

E1. Cuándo comunicarse con la línea de Servicios de NEMT

- Preguntas y ayuda para programar los viajes a citas médicas que no sean de emergencia
- Preguntas sobre el estado de su viaje programado

F. Cómo comunicarse con el State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) ofrece asesoramiento sobre seguro de salud gratuitamente a personas con Medicare. En Texas, el SHIP se conoce como Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP).

El HICAP no se relaciona con ninguna compañía de seguro ni plan médico.

LLAME AL	1-800-252-3439
TTY	1-800-735-2989 o 711
ESCRIBA A	Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) Texas Department of Insurance PO Box 149104 Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB	www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

F1. Cuándo comunicarse con el HICAP

- Preguntas sobre su seguro médico de Medicare
  - Los asesores de HICAP Pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
    - Entender sus derechos,
    - Entender las opciones del plan,
    - Presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento médico, **y**
    - Solucionar problemas relacionados con las facturas.

G. Cómo comunicarse con la Quality Improvement Organization (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada TMF, Health Quality Institute. Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado médico para las personas con Medicare. TMF, Health Quality Institute no tiene relación con nuestro plan.

LLAME AL	1-800-725-9216
TTY	1-877-486-2048 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	TMF Health Quality Institute 3107 Oak Creek Drive, Suite 200 Austin, TX 78727-3107
SITIO WEB	www.tmf.org/

G1. Cuándo comunicarse con TMF, Health Quality Institute

- Preguntas sobre su atención médica
  - Puede presentar un reclamo sobre la atención que recibió si:
    - Tiene un problema con la calidad del cuidado médico,
    - Cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto, **o**
    - Considera que el cuidado médico en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

H. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro de atención para adultos mayores de su área pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que aparece más arriba para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

I. Cómo comunicarse con Texas Medicaid

Texas Medicaid ayuda con los gastos de servicios y apoyo médicos y a largo plazo a personas con ingresos y recursos limitados. Según su elegibilidad, Texas Medicaid paga las primas de Medicare para determinadas personas y paga los deducibles, el coseguro y los copagos de Medicare. Texas Medicaid cubre servicios de atención a largo plazo, como servicios de “exención” basados en el hogar y la comunidad, servicios de vida asistida y atención a largo plazo de un hogar de ancianos.

Usted está inscrito en Medicare y Texas Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que obtiene de Texas Medicaid, llame a Texas Medicaid.

Información general:

LLAME AL	1-800-252-8263 o 2-1-1
TTY	1-800-735-2989 o 711
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services PO Box 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	yourtexasbenefits.com/Learn/Home

Información sobre elegibilidad o cobertura/servicios:

LLAME AL	1-877-541-7905 o 2-1-1
TTY	1-800-735-2989 o 711
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services PO Box 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	yourtexasbenefits.com/Learn/Home

J. Cómo comunicarse con la Oficina de Defensoría de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)

La HHSC Office of the Ombudsman funciona como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a entender qué hacer. La Oficina de Defensoría de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) también ayuda a personas inscritas en Texas Medicaid con problemas de servicio o facturación. No tiene conexión con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. La HHSC Office of the Ombudsman es un programa independiente, y sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-866-566-8989
TTY	1-800-735-2989 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 PO Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help

K. Cómo comunicarse con la Texas Long-Term Care Ombudsman

El Texas Long-Term Care Ombudsman es un programa de defensoría que ayuda a las personas a obtener información acerca de hogares de ancianos y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

LLAME AL	1-800-252-2412
TTY	1-800-735-2989 o 711
ESCRIBA A	Texas Long-Term Care Ombudsman Program Texas Health and Human Services PO Box 149030 MC-W250 Austin, TX 78714-9030
CORREO ELECTRÓNICO	ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us
SITIO WEB	apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

L. Otros recursos

- **2-1-1 Texas**, un programa de la Texas Health and Human Services Commission, tiene el compromiso de ayudar a los ciudadanos de Texas a conectarse con los servicios que necesitan.
    - Llame al: 211 o 1-877-541-7905
    - Sitio web: www.211texas.org/
- **Abuso, negligencia o explotación:** el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (Department of Family and Protective Services) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) brindan asistencia a las personas que hayan sido víctimas de abuso, negligencia o explotación. Un informe puede incluir acusaciones contra un hogar de ancianos, un centro tutelado, un centro de atención intermedia, centros con respaldo estatal, otra persona o agencias de atención domiciliaria, un centro para enfermos terminales o agencias de asistencia personal. Si siente que fue víctima de abuso, negligencia o explotación, puede llamar por teléfono o presentar un informe en línea.
    - Llame al: 1-800-252-5400
    - Sitio web: www.txabusehotline.org

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene normas y términos específicos que usted debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos de Amerigroup STAR+PLUS MMP. También brinda información acerca de su coordinador de servicios, cómo recibir atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan y las normas para poseer equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Información acerca de los “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 34

B. Normas para recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), de atención médica y de salud del comportamiento cubiertos por el plan 34

C. Información sobre su coordinador de servicios 36

C1. Qué es un coordinador de servicios 36

C2. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios 36

C3. Cómo puede cambiar de coordinador de servicios 36

C4. Qué puede hacer por usted un coordinador de servicios 36

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan médico 37

D1. Atención de un proveedor de atención primaria 37

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 39

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan 39

D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 40

D5. Cómo cambiar de plan médico 41

E. Cómo recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) 41

F. Cómo recibir servicios de salud del comportamiento 42

G. Cómo recibir atención autodirigida 42

G1. Qué es la atención autodirigida 42

G2. Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a las poblaciones con exención) 43

G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de atención personal (si corresponde) 43

H. Cómo obtener Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT) 43

H1. Qué son los servicios de NEMT 43

H2. Qué servicios incluye 43

H3. Cómo programar los servicios de NEMT 44

I. Cómo obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre 45

I1. Atención ante una emergencia médica 45

I2. Atención necesaria de forma urgente 46

I3. Atención durante un desastre 47

J. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan 47

J1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 48

K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 48

K1. Definición de estudio de investigación clínica 48

K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 49

K3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica 49

L. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando usted se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 49

L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 49

L2. Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 50

M. Equipo médico duradero (DME) 50

M1. DME como miembro de nuestro plan 50

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 51

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan: 52

M4. Equipo de oxígeno si se cambia a Original Medicare o a Medicare Advantage 52

A. Información acerca de los “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Los servicios son atención médica, servicios y soportes a largo plazo, suministros, salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos incluyen todos los servicios que nuestro plan paga. La atención médica y los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos se listan en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores son los médicos, los enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que proporcionan servicios de atención médica, equipos médicos, y servicios y apoyos a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan médico. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando acude a un proveedor dentro de la red, normalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), de atención médica y de salud del comportamiento cubiertos por el plan

Amerigroup STAR+PLUS MMP cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Texas Medicaid. Esto incluye servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y de salud del comportamiento.

Por lo general, Amerigroup STAR+PLUS MMP pagará por la atención médica y los servicios que usted recibe si respeta las normas del plan. Para recibir cobertura de nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe figurar en el Cuadro de beneficios del plan. (El cuadro está en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las normas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más rentable. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con

nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen a nuestro plan, a menos que sea atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, utilice nuestra herramienta en línea Find a Doctor (Encontrar un médico) o llame a Servicios para Miembros. Si tiene una remisión o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.

- Usted debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya solicitado la atención o le haya indicado que vea a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir a un proveedor dentro de la red para que sea su PCP.
  - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP u obtener servicios de otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como **remisión**. Si no obtiene aprobación, puede que Amerigroup STAR+PLUS MMP no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como a especialistas en salud de la mujer. Para conocer más sobre las remisiones, consulte la página 38.
  - No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención necesaria de forma urgente, o para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Para conocer más sobre esto, consulte la página 38.
  - Para conocer más sobre cómo elegir a un PCP, consulte la página 37.
  - **Nota:** En sus primeros 90 días en nuestro plan, puede continuar con sus proveedores actuales, sin costo, si no forman parte de nuestra red. Durante los 90 días, nuestro coordinador de servicios se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores de nuestra red. Después de 90 días, ya no cubriremos su atención si continúa acudiendo a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir su atención de proveedores de la red.** Generalmente, el plan no cubrirá la atención médica de un proveedor que no trabaje con el plan médico. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
  - El plan cubre atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para conocer más y saber qué es la atención necesaria de forma urgente o la atención de emergencia, consulte la Sección I, página 45.
  - Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden brindar, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor dentro de la red. Para conocer cómo obtener aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 40.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un periodo corto. Puede recibir estos servicios en un centro para diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede continuar viendo a los proveedores que ve ahora por al menos 90 días.

C. Información sobre su coordinador de servicios

C1. Qué es un coordinador de servicios

El coordinador de servicios de Amerigroup STAR+PLUS MMP se asegura de que su atención y sus servicios funcionen en conjunto. El coordinador de servicios garantizará la integración de sus necesidades médicas, de salud del comportamiento, de uso de sustancias, de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y sociales. El coordinador de servicios coordinará estos servicios según lo especificado en su plan de salud personal.

C2. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios

Cuando se asigna o se selecciona un coordinador de servicios, Amerigroup STAR+PLUS MMP le proporcionará la información de contacto de su coordinador de servicios. Servicios para Miembros también puede proporcionarle esta información en cualquier momento durante su participación en Amerigroup STAR+PLUS MMP.

C3. Cómo puede cambiar de coordinador de servicios

Usted puede cambiar su coordinador de servicios en cualquier momento, pero tendrá que elegir de una lista de coordinadores de servicios de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Si el coordinador de servicios también está disponible en el plan Amerigroup STAR+PLUS MMP y su cantidad de casos lo permite, Amerigroup STAR+PLUS MMP debe respetar su solicitud. Para cambiar de coordinador de servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

C4. Qué puede hacer por usted un coordinador de servicios

El estado nos envía información acerca de su salud y los servicios que ha estado recibiendo de Medicare y Texas Medicaid. Su coordinador de servicios leerá esta información para informarse más sobre usted. Esta le dirá a qué proveedores necesitan llamar para asegurarse de que usted continúe recibiendo la atención adecuada. Le preguntaremos cuán útiles han sido sus servicios de Medicare y Texas Medicaid. Hablaremos con sus proveedores de Medicare y Texas Medicaid acerca de la atención que usted ha estado recibiendo y, si está de acuerdo, hablaremos con sus médicos acerca de sus necesidades de atención médica.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan médico

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y maneje su atención.

Definición de "PCP" y qué hace un PCP por usted

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su médico principal y será responsable de prestar muchos de sus servicios preventivos y de atención primaria. Su PCP ayudará a crear su plan de salud personal y recomendará o pedirá muchos de los servicios que usted recibirá a través de su plan médico.

Su PCP puede ser uno de los siguientes proveedores o, en determinadas circunstancias tales como un embarazo, un especialista:

- Medicina familiar
- Medicina interna
- Medicina general
- Ginecólogo obstetra
- Medicina geriátrica
- Pediatras
- Enfermero practicante certificado (CNP) y asistente médico (PA)
- Centro Médico con Calificación Federal (FQHC)/Clínica de salud rural (RHC)

Su elección de PCP

Puede elegir un PCP de nuestra lista de proveedores que se encuentra en nuestro Directorio de proveedores en línea (www.myamerigroup.com/TXmmp/care/find-a-doctor.html). Para obtener ayuda para elegir un PCP o cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si su médico no está en nuestro directorio, nada tiene que cambiar por 90 días. Durante ese tiempo, trabajaremos para incluir a su médico en nuestra red. Después del periodo de transición, puede seguir con su PCP si este pertenece a nuestra red.

Si no elige un PCP en 90 días, le asignaremos uno. Encontrar el PCP adecuado para usted es importante; para ello, evaluaremos a qué distancia está el PCP de su casa, cualquier necesidad de atención de la salud especial que tenga y qué idioma habla.

Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento durante el año. Igualmente, es posible que su PCP deje de estar en la red de nuestro plan. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP si el que tiene ahora abandona nuestra red.

Si quiere cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Las solicitudes de cambio hechas el día 15 del mes o antes estarán vigentes el primer día de ese mismo mes. Las solicitudes de cambio de PCP hechas el día 16 del mes o después se harán efectivas el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva tarjeta de identificación del miembro con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP por correo postal.

Servicios que puede obtener sin aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de consultar a otros proveedores. Esta aprobación se llama remisión. Usted puede obtener servicios como los que se incluyen en el listado a continuación sin necesidad de aprobación previa de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Atención necesaria de forma urgente proporcionada por proveedores de la red.
- Atención necesaria de forma urgente de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarlo a obtener el servicio de diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicio).
- Vacuna contra la gripe y el COVID-19, así como vacuna contra la hepatitis B y la neumonía; siempre y cuando se las administre un proveedor dentro de la red.
- Atención médica de rutina para las mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos; siempre y cuando los reciba de un proveedor dentro de la red.

- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención de la salud para indígenas estadounidenses, puede consultar a estos proveedores sin necesidad de una remisión.
- Servicios de salud del comportamiento de un proveedor dentro de la red.
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual (ETS), que incluyen prevención, prueba de detección, asesoramiento, diagnóstico y tratamiento de STD/VIH.
- Oftalmólogo u optómetra terapéutico de la red que le brinde servicios de atención médica oftalmológica, que no sean cirugía.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Existen muchas clases de especialistas. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Oncólogos para pacientes con cáncer.
- Cardiólogos para pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas para pacientes con problemas en huesos, articulaciones o músculos.

Si necesita cuidado de un especialista u otro proveedor dentro de la red, su PCP le dará una remisión al especialista u otro proveedor dentro de la red. Su elección de PCP no limitará su elección de especialista u otro proveedor dentro de la red.

Autorización previa significa que usted tiene que obtener aprobación del plan médico antes de ver a un especialista o recibir servicios o medicamentos específicos. Una persona con certificación clínica, como un médico o enfermero practicante, revisará las normas de cobertura para determinar la necesidad médica. Esta aprobación previa está basada en información que recibimos de su PCP y sus especialistas, su historial médico y/o cuán grave es su enfermedad. Su médico u otro proveedor de cuidado médico es responsable de pedir aprobación previa antes de brindarle cualquier tratamiento o servicio para el cual se requiera autorización previa. Consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa.

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan

Un proveedor dentro de la red que lo atiende puede dejar nuestro plan. Si uno de sus proveedores se retira de nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y amparos que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, debemos brindarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo lo posible, de buena fe, para avisarle al menos 30 días antes a fin de que tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que su proveedor dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar uno nuevo y a administrar su atención. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local.

D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores dentro de la red no pueden brindar, puede obtener la autorización de Amerigroup STAR+PLUS MMP para recibir atención de un proveedor fuera de la red. Si ocurre esto, cubriremos la atención como si la hubiese recibido de un proveedor dentro de la red y sin costo alguno para usted. Para pedir aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, usted o su representante pueden llamar a su coordinador de servicios. Si su coordinador de servicios no está disponible, puede llamar a Servicios para Miembros.

Recuerde que cuando se inscribe por primera vez en el plan, durante el periodo de transición, puede continuar recibiendo atención de los proveedores que consulta en la actualidad. En la mayoría de los casos, el periodo de transición durará 90 días o hasta que se apruebe definitivamente y se implemente su plan de salud personal, lo que sea posterior. Durante el periodo de transición, nuestro coordinador de servicios se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar y cambiar a proveedores que estén en nuestra red. Después del periodo de transición, ya no pagaremos por su atención si continúa acudiendo a proveedores fuera de la red; a menos que Amerigroup STAR+PLUS MMP le dé la autorización para seguir viéndolo.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o Texas Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Texas Medicaid.
- Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no son elegibles para participar en Medicare.

D5. Cómo cambiar de plan médico

Puede cambiar de plan médico. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección A. También puede recibir ayuda de los siguientes recursos:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o 1-800-735-2989.
- Llame al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-252-3439.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

E. Cómo recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los LTSS basados en la comunidad son una variedad de servicios médicos, de habilitación, de rehabilitación, de cuidado médico en el hogar o sociales que una persona necesita durante meses o años con el fin de mejorar o mantener el funcionamiento o la salud. Estos servicios son proporcionados en el hogar de una persona o en un entorno de base comunitaria tales como centros de vida asistida. Los LTSS basados en centros son servicios prestados en un centro de enfermería u otro entorno de cuidado residencial a largo plazo.

Como miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted recibirá una evaluación integral de sus necesidades, incluida su necesidad de LTSS basados en la comunidad o en centros.

Todas sus necesidades, según se identifiquen en su evaluación, serán atendidas en su plan de salud personal. Su plan de salud personal delineará cuál LTSS usted recibirá, de quién y cuán seguido.

Si tiene un plan de servicio preexistente antes de inscribirse en Amerigroup STAR+PLUS MMP, seguirá recibiendo los LTSS basados en la comunidad o en un centro que estaban incluidos en el plan preexistente. Su plan de servicios preexistente se respetará por 90 días para servicios médicos y de rehabilitación o por 180 días para habilitación, servicios sociales, y servicios y apoyo a largo plazo; o bien hasta que su plan de salud personal se finalice y se implemente, lo que ocurra después.

Si tiene preguntas acerca de LTSS, póngase en contacto con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios.

El Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (Department of Family and Protective Services) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) brindan asistencia a las personas que hayan sido víctimas de abuso, negligencia o explotación. Un informe puede incluir acusaciones contra un hogar de ancianos, un centro tutelado, un centro de atención intermedia, centros con respaldo estatal, otra persona o agencias de atención domiciliaria, un centro para enfermos terminales o agencias de asistencia personal. Si siente que fue víctima de abuso, negligencia o explotación, puede llamar por teléfono o presentar un informe en línea.

- Llame al: 1-800-252-5400
- Sitio web: www.txabusehotline.org

F. Cómo recibir servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento son una variedad de servicios que pueden apoyar las necesidades de salud mental y abuso de sustancias que usted pueda tener. Este apoyo puede incluir apoyo emocional, social, educativo, vocacional, de pares y servicios de recuperación, además de servicios psiquiátricos o médicos más tradicionales.

Como miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted recibirá una evaluación integral de riesgos de la salud y de sus necesidades, que incluye su necesidad de servicios de salud del comportamiento. Todas sus necesidades, según se identifiquen en su evaluación, serán atendidas en su plan de salud personal. Su plan de salud personal delineará cuáles servicios de salud del comportamiento usted recibirá, de quién y cuán seguido.

Si ya recibe servicios de un proveedor de salud del comportamiento en el momento en que se inscribe en Amerigroup STAR+PLUS MMP, puede seguir recibiendo dichos servicios de este proveedor hasta que el tratamiento concluya, pero no más de dos años. Este es el caso incluso si el proveedor no forma parte de la red de Amerigroup STAR+PLUS MMP.

Si tiene preguntas acerca de los servicios de salud del comportamiento, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

G. Cómo recibir atención autodirigida

G1. Qué es la atención autodirigida

La atención autodirigida, también conocida como autodirección o servicios dirigidos por el cliente, significa que usted puede contratar, despedir y supervisar a sus propios proveedores de servicios. En este programa, usted puede autodirigir su atención de relevo, los servicios de asistencia personal, la habilitación, los servicios de enfermería y las terapias.

G2. Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a las poblaciones con exención)

Durante su primera evaluación de la salud, su coordinador de servicios lo ayudará a decidir si esta es la elección correcta para usted. Si elige autodirigir su atención, lo ayudaremos a entender sus responsabilidades.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de cuidado personal (si corresponde)

Si elige una opción de atención autodirigida, seleccionará la Agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDSA) para que lo ayude con su nómina y actúe como su agente para pagar impuestos federales y estatales. También lo ayudarán con un presupuesto y lo asesorarán con respecto a la contratación de personal, los presupuestos, beneficios y costos administrativos.

H. Cómo obtener Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)

H1. Qué son los Servicios de NEMT

Los servicios de NEMT ofrecen transporte para las citas médicas que no son de emergencia si usted no tiene otras opciones de transporte.

- Estos servicios incluyen traslados al médico, dentista, farmacia, hospital y otros sitios donde usted recibe servicios de atención médica.
- Estos servicios **no** incluyen viajes en ambulancia.

H2. Qué servicios incluye

Los Servicios de NEMT incluyen lo siguiente:

- Pases o boletos de transporte, como transporte público urbano, interurbano o interestatal (incluso por tren o autobús).
- Servicios de transporte de aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte a demanda (puerta a puerta) en autobuses, furgonetas o berlinas privados (incluso vehículos con acceso para silla de ruedas si es necesario).
- Reembolso de millas para un participante del servicio de transporte (ITP) por un viaje completo verificado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, un tercero responsable, un miembro de la familia, un amigo o un vecino.

- Costos de transporte para su asistente de NEMT si necesita uno para concurrir a la cita. Un asistente de NEMT es:
  - Un adulto que le brinda asistencia personal, lingüística o con la movilidad durante el traslado. (Por ejemplo, puede ser un adulto que lo atienda como su asistente personal).
  - Un animal de servicio que le brinda asistencia personal o con la movilidad durante el traslado y que ocupa un asiento que, de lo contrario, ocuparía otra persona.
  - Un adulto que viaja con usted porque un proveedor de cuidados médicos ha indicado por escrito que usted requiere un asistente.

H3. Cómo programar los Servicios de NEMT

Llame a la línea gratuita de Servicios de NEMT si no tiene transporte para concurrir a servicios de atención médica cubiertos. Estos servicios incluyen traslados al médico, dentista, farmacia, hospital y otros sitios donde recibe servicios de Medicaid. Los servicios de NEMT no incluyen viajes en ambulancia.

Para programar un viaje, llame al 1-844-869-2767, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora local); excepto los días feriados aprobados por el estado. Si no habla inglés, podemos ayudarlo en muchos otros idiomas, incluso en español. Para los miembros que son sordos o tienen problemas auditivos, llame al 711.

Cuando esté esperando nuestro transporte, ya sea en un viaje programado de idea o vuelta, puede llamar a la línea de Servicios de NEMT. Seleccione la opción **“Where’s My Ride?”** para conocer el estado de su viaje. Puede llamar de lunes a sábado, de 5 a. m. a 7 p. m. (hora local), o en cualquier momento mientras espera un viaje programado.

Recuerde programar los viajes lo antes posible y **al menos dos días hábiles antes**. En determinados casos, puede programar el viaje con menor antelación, por ejemplo:

- Recogida después del alta del hospital.
- Viajes a la farmacia para buscar medicamentos o suministros médicos aprobados.
- Viajes por afecciones urgentes. (Una afección urgente es una condición médica que no es una emergencia, pero es tan grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas).

Programe los viajes de larga distancia al menos cinco días antes.

Si programó un viaje y le cancelan la cita médica **antes** del viaje, llame de inmediato al 1-844-869-2767 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local.

I. Cómo obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre

I1. Atención ante una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor intenso o una lesión de gravedad. La afección es tan severa que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona común con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que provoque:

- un riesgo importante para su salud o la del feto; **o**
- un daño grave en las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
  - No haya suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
  - Una transferencia a otro hospital podría ser una amenaza a su salud o seguridad o a la de su hijo no nacido.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencia u hospital más cercanos. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. **No** es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP.
- **Avísele a Amerigroup STAR+PLUS MMP acerca de su emergencia lo más pronto posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o su representante autorizado deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan lo cubre. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionen la atención de emergencia. Estos médicos nos informarán cuando concluya su emergencia médica.

Definición de posestabilización

Los servicios de cuidados posteriores a la estabilización son servicios que mantienen su afección estable después de recibir atención médica de emergencia.

Una vez que finaliza la emergencia, es posible que necesite recibir atención de seguimiento para garantizar que se mejore. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención lo más pronto posible.

Qué debe hacer si tiene una emergencia de salud del comportamiento

Marque 1-855-878-1784 (TTY: 711) y presione la opción 9 para servicios de emergencia de salud del comportamiento. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.

Recibir atención de emergencia si no era una emergencia

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud del comportamiento. Es posible que solicite atención de emergencia, pero el médico le diga que no era realmente una emergencia. Siempre y cuando usted, razonablemente, crea que su salud estuvo en grave peligro, cubriremos su atención.

No obstante, si el médico sostiene que no se trató de una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si:

- acude a un proveedor dentro de la red, **o**
- el cuidado adicional que recibe se considera “atención necesaria de forma urgente” y usted sigue las normas para recibir esta atención. (Consulte la siguiente sección.)

I2. Atención necesaria de forma urgente

Definición de atención necesaria de forma urgente

La atención necesaria de forma urgente es la atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero necesita atención inmediata. Por ejemplo, si usted tiene una afección existente que se agrava en determinado momento y necesita recibir tratamiento.

Atención necesaria de forma urgente cuando usted se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención necesaria de forma urgente solo si:

- recibe la atención de un proveedor dentro de la red, **y**
- sigue las otras normas que se describen en este capítulo.

Sin embargo, si no puede llegar a un proveedor dentro de la red, cubriremos la atención necesaria de forma urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para encontrar un centro de atención de urgencia:

- Busque en nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* en línea, en www.myamerigroup.com/TXmmp.
- Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Atención de urgencia cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor dentro de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención necesaria de forma urgente que reciba de cualquier proveedor.

I3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su Estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención de Amerigroup STAR+PLUS MMP.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre declarado: www.myamerigroup.com/TXmmp.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor dentro de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede abastecer su receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

J. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos la factura.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda devolverle el monto.

Si usted ha pagado sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber lo que debe hacer.

J1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Amerigroup STAR+PLUS MMP cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, **y**
- que estén listados en el Cuadro de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4), **y**
- que usted obtiene al seguir las normas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **debe pagar el costo total.**

Si desea saber si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9, se explica lo que tiene que hacer si desea que el plan cubra un artículo o servicio médico. También le dice cómo apelar la decisión sobre la cobertura del plan. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si pasa ese límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.

K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también conocido como ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de atención médica. Solicitan voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, una persona que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determinará si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participa en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, puede continuar recibiendo atención de nuestro plan que no esté relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario obtener aprobación de nosotros o de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio no necesitan ser proveedores de la red.

Sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. Si tiene planificado participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de servicios deben comunicarse con Servicios para Miembros e informarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por los servicios cubiertos en virtud del estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos en virtud del estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los productos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- Habitación y comida en una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

K3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede conocer más sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando usted se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución de atención de la salud, religiosa, no médica.

Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo.
Este beneficio es únicamente para los servicios para pacientes hospitalizados de Medicare Parte A (servicios de atención de la salud no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médica que se presten en instituciones religiosas de atención de la salud no médica.

L2. Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para recibir atención de una institución de atención de la salud religiosa, no médica, debe firmar un documento legal donde se indique que se opone a recibir tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- Tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier cuidado que sea voluntario y no exigido por cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" corresponde a la atención que no se considera voluntaria y que es obligatoria según la legislación federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan está limitada a aspectos de cuidado no religiosos.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
  - Debe tener una condición médica que le permita recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
  - Debe conseguir la aprobación de nuestro plan antes de ser internado en el centro; de lo contrario, no se cubrirá su estadía.
  - Se aplican limitaciones de la cobertura. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

Equipo médico duradero (DME) significa ciertos artículos solicitados por un proveedor para uso en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para generar el habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos.

En esta sección, hablamos de los DME que debe alquilar. Como miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted por lo general no será dueño del DME, sin importar el tiempo de alquiler.

En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros para averiguar los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

Nuestro plan pagará por algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se pueden encontrar comúnmente en una farmacia. Amerigroup STAR+PLUS MMP paga por nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre estos beneficios.

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de poder quedárselos.

Nota: En el Capítulo 12, encontrará definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage Plan. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Deberá realizar 13 pagos consecutivos en Original Medicare o deberá realizar la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage para quedarse con el DME en estos casos:

- no se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan; **y**
- deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan médico del programa Original Medicare o un Medicare Advantage Plan.

Si realizó pagos por el DME en virtud de Original Medicare o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan Medicare Advantage no se tendrán en cuenta para los pagos que debe efectuar después de dejar nuestro plan.**

- Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos en Original Medicare o deberá realizar una cantidad de pagos consecutivos nuevos establecidos por el Medicare Advantage plan para quedarse con el DME.
- No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare o un Medicare Advantage plan.

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan:

Si califica para recibir equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega del oxígeno y los contenidos del oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se deberá devolver al propietario cuando ya no sea médicamente necesario o si usted abandona nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno si se cambia a Original Medicare o a Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario **y usted abandona nuestro plan y se** cambia a Original Medicare, usted se lo alquilará a un proveedor por 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios que se indicaron anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**:

- Su proveedor deberá brindarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Su proveedor deberá brindarle el equipo de oxígeno y los suministros durante hasta 5 años si estos son médicamente necesarios.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al finalizar el periodo de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene la obligación de proporcionárselo y usted podrá elegir recibir un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo periodo de 5 años.
- Usted se lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
- Luego de esto, su proveedor tiene la obligación de brindarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario **y usted deja nuestro plan y se cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá, como mínimo, lo que cubra Original Medicare. Puede preguntar a su plan Medicare Advantage qué equipo de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

En este capítulo, se explican los servicios que Amerigroup STAR+PLUS MMP cubre y cualquier restricción o límite sobre esos servicios. También incluye información sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos 54

A1. Durante emergencias de salud pública 54

B. Normas para evitar que los proveedores le cobren por los servicios 54

C. Cuadro de beneficios de nuestro plan 54

D. El Cuadro de beneficios 56

E. Nuestros servicios en el hogar y la comunidad 99

F. Beneficios cubiertos fuera de Amerigroup STAR+PLUS MMP 113

F1. Cuidado para enfermos terminales 113

F2. Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR) 114

G. Beneficios sin cobertura de Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicare o Texas Medicaid 114

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le explica qué servicios paga Amerigroup STAR+PLUS MMP. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. En el Capítulo 5, encontrará información sobre los beneficios para medicamentos. En este capítulo, también se explican los límites para algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Texas Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando respete las normas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener información detallada sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios tienen cobertura, llame a su Coordinador de servicios y/o a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

A1. Durante emergencias de salud pública

Si vive en una zona en la que se ha declarado una emergencia de salud pública, es posible que el plan ofrezca beneficios cubiertos adicionales. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre los beneficios que estarán disponibles mientras dure la emergencia de salud pública.

B. Normas para evitar que los proveedores le cobren por los servicios

No permitimos que los proveedores de Amerigroup STAR+PLUS MMP le facturen los servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y usted estará protegido contra cualquier cobro. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si esto ocurre, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicios para Miembros.

C. Cuadro de beneficios de nuestro plan

En el Cuadro de beneficios de la Sección D, se indica qué servicios paga el plan. Se indican las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. No paga ninguno de los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Los servicios que cubren Medicare y Texas Medicaid deben brindarse de conformidad con las normas establecidas por Medicare y Texas Medicaid.

- Los servicios (que comprenden atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las normas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más económica. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces.
  Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen a nuestro plan, a menos que sea atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, utilice nuestra herramienta en línea Find a Doctor (Encontrar un médico) o llame a Servicios para Miembros. Si tiene una remisión o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.

- Usted recibe atención de un proveedor dentro de la red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 contiene más información sobre el uso de proveedores dentro de la red y fuera de la red.

- Usted primero consulta a su proveedor de atención primaria (PCP) para la mayoría de sus necesidades regulares de atención médica. Su PCP, junto con su coordinador de servicios, puede ayudar a planear y programar sus servicios cubiertos. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, servicios de atención médica a domicilio, terapias, atención de especialistas, admisiones en el hospital y atención de seguimiento. Su PCP también se comunica con otros proveedores del plan para ponerse al tanto sobre su atención o sus tratamientos.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de coordinación de servicios que le brinda atención y la supervisa. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda recibir atención de alguien que no sea su PCP o acudir a otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como remisión.
  El Capítulo 3 contiene más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo no necesita una remisión.

- Algunos de los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor dentro de la red obtienen nuestra aprobación primero. Esto se llama “autorización previa”. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios, con una nota en letra negrita.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

D. El Cuadro de beneficios

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal El plan pagará por un ultrasonido único para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico, enfermero practicante o enfermero especialista clínico.	$0
	Acupuntura para dolor lumbar crónico El plan pagará un máximo de 12 visitas en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, que se define así: • dura 12 semanas o más; • no es específico (no se puede identificar una causa sistémica; por ejemplo, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con un embarazo. El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted presenta una mejora. No podrá recibir más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Los tratamientos de acupuntura se deberán interrumpir si su estado no mejora o si empeora. Como un beneficio flexible, el plan también pagará hasta seis (6) visitas de acupuntura por año. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Pruebas de detección y asesoramiento para el abuso del alcohol El plan pagará dos pruebas de detección de abuso del alcohol únicamente por año para adultos que abusen del alcohol, pero que no sean dependientes del alcohol. Además, si el resultado de la prueba es positivo, puede recibir hasta cuatro evaluaciones y sesiones breves de asesoramiento cara a cara combinadas por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) provistas por un proveedor o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Atención para la enfermedad de Alzheimer Ofrecemos un álbum de fotos de recuerdo para miembros que tienen pérdida de memoria para alentar la retención de memoria. Los álbumes de fotos pueden ayudar a estimular los recuerdos en los miembros que sufren de alzhéimer y otros tipos de demencia. Un álbum de fotos de por vida. Debe tener diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otra demencia. Hable con su coordinador de servicios para obtener más información. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de ambulancia Entre los servicios de ambulancia cubiertos figuran servicios de ambulancia terrestre, en avión o helicóptero. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser tan grave que otras formas de llegar a un lugar de atención pondrían en riesgo su vida o salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan. En casos en que no son emergencias, el plan puede pagar por una ambulancia. Su afección debe ser tan grave que otras formas de llegar a un lugar de atención pondrían en riesgo su vida o salud. **Para servicios de ambulancia que no sean de emergencia, es posible que se requiera una autorización previa.**	$0
	Visita anual de bienestar Si ha estado en Medicare Parte B por más de 12 meses, puede hacerse un chequeo anual. Esto es para crear o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. El plan lo pagará una vez cada 12 meses. **Nota:** Usted no puede realizarse su primer chequeo anual en el plazo de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Estará cubierto para chequeos anuales después de que haya tenido la Parte B por 12 meses. No es necesario que primero haya realizado una consulta de “Bienvenida a Medicare”.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de salud del comportamiento El plan pagará por los servicios siguientes: • Administración de casos dirigida de salud mental • Servicios de rehabilitación de salud mental **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Examen de densitometría ósea El plan pagará ciertos procedimientos para miembros que califiquen (generalmente, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o descubren la calidad ósea. El plan pagará estos servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de que sean médicamente necesarios. El plan también pagará un médico para que analice y comente los resultados.	$0
	Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografías) El plan pagará por los servicios siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) El plan pagará servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con la remisión de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Además del servicio cubierto, el plan ofrece hasta 12 visitas adicionales por año. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas) El plan pagará por una consulta por año a su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad del corazón. Durante esta consulta, su médico puede hacer lo siguiente: • hablar sobre el uso de la aspirina, • controlar la presión arterial, **o** • brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	$0
	Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón) El plan cubre los análisis de sangre para verificar si padece una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades del corazón.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello del útero El plan pagará por los servicios siguientes: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de cuello del útero o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	$0
	Servicios de quiropráctica El plan pagará por los servicios siguientes: • Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Prueba de detección del cáncer colorrectal Para personas desde 50 años, el plan pagará los siguientes servicios: • Sigmoidoscopia flexible (prueba de detección de enema opaco) cada 48 meses • Prueba de sangre oculta en heces cada 12 meses • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol o prueba inmunoquímica fecal cada 12 meses • Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia (o prueba de detección de enema opaco) cada 24 meses. Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia cada diez años (pero no antes de transcurridos 48 meses de una sigmoidoscopia de detección).	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el tabaco: • El plan pagará dos sesiones de asesoramiento para dejar el hábito en un periodo de 12 meses, como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara. Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco: • El plan pagará dos intentos rápidos de asesoramiento en un periodo de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara. Además, el plan ofrece capacitación para dejar de fumar por teléfono, con un consejero y soporte de internet. El programa para dejar de fumar ofrece una amplia variedad de terapias de reemplazo de nicotina, como goma de mascar, pastillas y parches, según sea necesario. Restricción: La participación en el programa se determina mediante una evaluación, llevada a cabo por el proveedor. El plan también ofrece asesoramiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas.	$0
	Servicios de actividades diarias y salud (DAHS) Servicios diurnos para los inscritos que residen en la comunidad a fin de ofrecer una alternativa a la colocación en hogares de ancianos u otras instituciones. Los servicios pueden incluir, entre otros, cuidado personal y de enfermería, comidas al mediodía y refrigerios, transporte y actividades sociales, educativas y recreativas sin costo para el inscrito. Si usted es miembro de un programa de exención, consulte la sección Servicios basados en la comunidad, más adelante en este capítulo. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios dentales Amerigroup STAR+PLUS MMP pagará los siguientes servicios: *Servicios dentales preventivos* • Examen oral, 1 cada seis meses • Limpieza, 1 cada seis meses • Radiografía dental, 1 serie por año *Servicios dentales integrales* Los beneficios dentales adicionales incluyen servicios dentales limitados a $400 cada tres (3) meses. La asignación trimestral no utilizada se transfiere al siguiente trimestre, pero no se transfiere al año siguiente. El beneficio se restablece el 31 de diciembre de cada año. **Los servicios que no sean de rutina, los servicios de diagnóstico, restaurativos, de endodoncia, periodoncia y extracción pueden requerir autorización previa.**	$0
	Prueba de detección de depresión El plan pagará una prueba de detección de depresión cada año. Debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.	$0
	Prueba de detección de diabetes El plan pagará este examen de detección (incluye pruebas de glucemia en ayunas) en caso de que tenga cualquiera de los siguientes factores: • Presión arterial alta (hipertensión). • Antecedentes anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Historial de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	$0

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
Entrenamiento, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas diabéticas (ya sea que utilicen insulina o no): • Suministros para monitorear su glucosa en la sangre, incluido lo siguiente: ○ Un monitor de glucosa en sangre. ○ Tiras reactivas para medir la glucosa en sangre. ○ Dispositivos de punción y lancetas. ○ Soluciones para el control de la glucosa para controlar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave, el plan pagará lo siguiente: ○ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales por cada año calendario. ○ Un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas por año (que se proporcionan con esos zapatos). El plan también pagará el ajuste de los zapatos terapéuticos a medida o los zapatos de profundidad. • El plan pagará capacitación para ayudarle a manejar la diabetes, en algunos casos. • Los glucómetros se deben comprar a través de un proveedor de equipos médicos duraderos (DME). Si compra un glucómetro en una farmacia minorista de la red o en nuestra farmacia de pedido por correo, el artículo no estará cubierto. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de “equipo médico duradero [DME]”, consulte el Capítulo 12 de este manual.) Se cubren los siguientes artículos: ● Sillas de ruedas. ● Muletas. ● Colchones eléctricos. ● Suministros para diabéticos. ● Camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar. ● Bombas para infusión intravenosa (IV). ● Dispositivos para generar el habla. ● Equipos y suministros de oxígeno. ● Nebulizadores. ● Andadores. Se pueden cubrir otros artículos. Cubriremos todos los DME médicamente necesarios que suelen cubrir Medicare y Texas Medicaid. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitar que se realice un pedido especial para usted. Este plan solo cubre los ácidos hialurónicos DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ y Gel-SYN-3. No cubriremos otras marcas, a menos que su proveedor nos indique que ello es médicamente necesario. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Atención de emergencia
	Atención de emergencia comprende servicios que:
	• son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, **y**
	• son necesarios para tratar una emergencia médica.
	Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicamento podría esperar que ocurra lo siguiente:
	• un riesgo importante para su salud o la del feto; **o**
	• un daño grave en las funciones corporales; **o**
	• una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
	• en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
	  ○ No haya suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
	  ○ El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o las del bebé no nacido.
	Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos.
		$0
		Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y requiere atención para pacientes hospitalizados después de estabilizada su emergencia, debe volver a un hospital de la red para que su atención se siga pagando. Puede permanecer en el hospital que no pertenece a la red para su atención para pacientes hospitalizados solo si el plan aprueba su permanencia.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir a cualquier proveedor del cual recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. El plan pagará por los servicios siguientes: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (pastillas, parches, anillos, DIU, inyecciones e implantes para el control de natalidad). • Suministros de planificación familiar recetados (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados. • Asesoramiento y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI). • Esterilización voluntaria (debe tener al menos 21 años de edad y firmar un formulario de consentimiento federal para la esterilización. Deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en la que firma el formulario y la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético. El plan también pagará algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe ver a un proveedor dentro de la red del plan para recibir los siguientes servicios: • Tratamiento de condiciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Estudios genéticos.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Programas de educación sobre salud y bienestar Ofrecemos programas para ayudarlo a manejar afecciones crónicas y afecciones de salud identificadas, que incluyen: • Educación sobre salud. • Beneficio de acondicionamiento físico *(consulte el beneficio de SilverSneakers® más adelante en esta sección).* • Mejor control de enfermedades. • Nurse Advice Call Line *(consulte el beneficio de la Línea de ayuda de enfermería de 24 horas más adelante en esta sección).* • Servicios de asesoramiento	$0
	Servicios de audición El plan paga pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estos exámenes indicarán si necesita tratamiento médico. Los exámenes están cubiertos como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Como beneficio adicional, este plan cubre exámenes de rutina de la audición y evaluaciones/colocación del audífono y ofrece hasta $2,000 por año para audífonos que sean médicamente necesarios. Este monto es aparte de su beneficio cubierto de un audífono cada cinco años. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Prueba de detección del VIH El plan paga una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • solicitan una prueba de detección del VIH, **o** • tienen un mayor riesgo de contraer infección por VIH. Para embarazadas, el plan cubre hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Comidas entregadas a domicilio después de un alta médica El plan cubre comidas calientes y nutritivas entregadas en su hogar después del alta del hospital para pacientes hospitalizados o de un centro de enfermería especializada. Hasta 2 comidas por día durante 5 días. Beneficio limitado a miembros que viven en la comunidad. El beneficio no se aplica a los miembros que residen en hogares de ancianos o a miembros con exención. Si usted es miembro de un programa de exención, consulte la sección Servicios basados en la comunidad, más adelante en este capítulo. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Atención de una agencia de cuidado médico en el hogar Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un médico debe informarnos que usted los necesita; una agencia de cuidado médico en el hogar deberá brindárselos. El plan pagará por los servicios siguientes y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí: • Servicios de cuidado especializado de enfermería y de asistente de cuidado médico a domicilio parciales o intermitentes (para que estén cubiertos en virtud del beneficio de cuidado médico en el hogar, los servicios de cuidado especializado de enfermería y de asistente de cuidado médico a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana.) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Terapia de infusión en el hogar El plan pagará por la terapia de infusión en el hogar, la cual se define como los medicamentos o las sustancias biológicas administradas por vena o debajo de la piel que se le administran en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesita lo siguiente: • El medicamento o la sustancia biológica, como un antivírico o inmunoglobulina. • Equipos, como una bomba. • Y suministros, como vías intravenosas o un catéter. El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar, lo que incluye, entre otros, lo siguiente: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con su plan de salud. • Capacitación y educación para el miembro que no esté incluida en el beneficio de DME. • Monitorización remota. • Y servicios de monitorización para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar provistos por un proveedor calificado de dicha terapia. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención para enfermos terminales Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que tiene una prognosis terminal y se espera que tenga seis o menos meses de vida. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro de la red o fuera de la red. El plan pagará lo siguiente cuando reciba servicios para enfermos terminales: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Cuidado médico en el hogar. **Los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B se facturan a Medicare.** • Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo. **Para servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP pero no cubiertos por Medicare Parte A o B:** • Amerigroup STAR+PLUS MMP cubrirá los servicios cubiertos por el plan y no cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios, ya sea que estén relacionados o no con su prognosis terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Amerigroup STAR+PLUS MMP:** • Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención para enfermos terminales (continuación) **Nota:** Si necesita atención que no sea en un centro para enfermos terminales, debe llamar a su Coordinador de servicios al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) para coordinar los servicios. La atención que no se brinda en un centro para enfermos terminales es la que no está relacionada con su diagnóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con centros para enfermos terminales (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de hospicio. **Es posible que se requiera autorización previa.**	
	Inmunizaciones El plan pagará por los servicios siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si fuera médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si está en riesgo y si cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B. El plan pagará otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6 para más información.	$0
	Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados El plan pagará por los servicios siguientes y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Usted debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)
• Servicios de enfermería permanentes.
• Costos de las unidades de atención especial, como unidades de cuidados intensivos o coronarios.
• Medicamentos.
• Análisis de laboratorio.
• Radiografías y otros servicios radiológicos.
• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.
• Aparatos, como sillas de ruedas.
• Servicios de la sala de operaciones y de recuperación.
• Terapia física, terapia ocupacional y del habla.
• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados.
• Sangre, incluso almacenamiento y administración.
  ○ El plan pagará por sangre íntegra y glóbulos rojos concentrados a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar por las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o conseguir que usted o alguien más le done la sangre.
  ○ El plan pagará por todas las otras partes de la sangre, comenzando con la primera pinta usada.
• Servicios del médico.
• En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmones, corazón/pulmones, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral.
Este beneficio continúa en la página siguiente	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplante están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si Amerigroup STAR+PLUS MMP proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención de su comunidad, y usted elige realizar su trasplante en ese lugar, haremos arreglos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y otra persona. **Es posible que se requiera autorización previa.**	
	Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados El plan pagará los servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización. • La cobertura para pacientes internados por afecciones psiquiátricas agudas podría proporcionarse en un hospital psiquiátrico independiente en lugar de un entorno de atención aguda para pacientes internados. • La cobertura de servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias podría proporcionarse en un centro de tratamiento para la dependencia de sustancias en lugar de un entorno de atención aguda para pacientes internados en un hospital. • Beneficios y límites conforme se describen en el *Manual de procedimientos de proveedores* de Texas Medicaid. El plan ofrece días adicionales ilimitados para pacientes psiquiátricos hospitalizados por periodo de beneficios. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo van a internar en el hospital. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital durante una hospitalización no cubierta
	Si su hospitalización no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.
	Sin embargo, en algunos casos el plan pagará por los servicios que obtenga mientras esté en un hospital. El plan pagará por los servicios siguientes y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí:
	• Servicios del médico.
	• Exámenes de diagnóstico, como los análisis de laboratorio.
	• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.
	• Vendajes quirúrgicos.
	• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones.
	• Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que:
	  ○ reemplazan el total o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), **o**
	  ○ reemplazan el total o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que tiene una disfunción o que está inutilizado.
	• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente.
	• Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional.
	Es posible que se requiera autorización previa.
		$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios y suministros para enfermedades renales El plan pagará por los servicios siguientes: • Educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe derivarlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Capacitación para la autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como consultas necesarias de auxiliares de diálisis entrenados para chequear su diálisis en casa, para ayudar en emergencias y chequear su equipo de diálisis y suministro de agua El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B cubre algunos medicamentos para diálisis. Para más información, consulte el apartado “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” de este cuadro. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección del cáncer de pulmón El plan pagará una prueba de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses: • Si tiene entre 55 y 77 años. • Si tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado. • Si ha fumado por lo menos 1 paquete al día por 30 años sin señales o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después del primer examen de detección, el plan pagará otro examen de detección cada año con una solicitud escrita de un médico u otro proveedor calificado.	$0
	Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no se someten a diálisis. También es para después de un trasplante de riñón, cuando es remitido por su médico. El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica en virtud de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare.) Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento si el médico lo remite. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión anualmente si su tratamiento es necesario el próximo año calendario.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a promover una conducta saludable. Ofrece capacitación práctica en lo siguiente: • cambios alimenticios a largo plazo, **y** • aumento de la actividad física, **y** • maneras para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0
	Medicamentos recetados de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. Amerigroup STAR+PLUS MMP pagará los siguientes medicamentos: • Medicamentos que no suele autoadministrarse y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que puede autoadministrarse mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores si estaba inscrito en Medicare Parte A cuando se realizó el trasplante de órgano. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted misma el medicamento. • Antígenos. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación) • Determinados medicamentos antineoplásicos orales y para las náuseas. • Determinados medicamentos para diálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina IV para el tratamiento a domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primarias. Algunos de los medicamentos cubiertos de la Parte B que se mencionan arriba pueden estar sujetos al requisito de terapia escalonada. El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al requisito de terapia escalonada: https://www.myamerigroup.com/TXmmp/benefits/pharmacy-benefits.html. Cubrimos también algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio para medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Y las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios mediante nuestro plan. **Es posible que se requiera autorización previa.**	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	24-hour Nurse HelpLine (Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas) Como miembro, tiene acceso a una Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Cuando llame a nuestra línea de ayuda de enfermería podrá hablar directamente con un enfermero registrado que responderá todas las preguntas relacionadas con su salud. La llamada es gratuita y dispone del servicio en cualquier momento, incluidos los fines de semana y feriados. Además, su llamada siempre es confidencial. Llame a la Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 1-855-878-1784. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.	$0
	Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT) El plan pagará los servicios de transporte para las citas médicas que no son de emergencia si usted no tiene otras opciones de transporte. • Estos servicios incluyen traslados al médico, dentista, farmacia, hospital y otros sitios donde usted recibe servicios de atención médica. • Estos servicios **no** incluyen viajes en ambulancia. Los Servicios de NEMT incluyen lo siguiente: • Pases o boletos de transporte, como transporte público urbano, interurbano o interestatal (incluso por tren o autobús). • Servicios de transporte de aerolíneas comerciales. • Servicios de transporte a demanda (puerta a puerta) en autobuses, furgonetas o berlinas privados (incluso vehículos con acceso para silla de ruedas si es necesario). **Reembolso de millas para un participante del servicio de transporte (ITP) por un viaje completo verificado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, un tercero responsable, un miembro de la familia, un amigo o un vecino.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería El centro de enfermería debe cubrir las necesidades de cada cliente, lo que incluye alojamiento y comida, servicios sociales, medicamentos de venta libre, suministros y equipos médicos y artículos de necesidad personal. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Prueba de detección de obesidad y terapia para mantener la pérdida de peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará el asesoramiento para ayudarle a perder peso. Debe obtener los servicios de asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se pueden administrar con su plan total de prevención. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	$0
	Servicios del Programa de Tratamiento por Uso de Opioides (OTP) El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD): • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el control y la administración de estos medicamentos • Asesoramiento relativo al abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de detección de drogas o químicos en su cuerpo (prueba de toxicología) **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios El plan pagará por los servicios siguientes y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, comenzando con la primera pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar por las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o conseguir que usted o alguien más le done la sangre. El plan pagará por almacenamiento y administración a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
	El plan paga los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
	El plan pagará por los servicios siguientes y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí:
	• Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios.
	  ○ Los servicios de observación le permiten a su médico conocer si debe ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”.
	  ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”.
	  ○ Puede obtener más información sobre la condición de paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja de información: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf.
	• Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital.
	• Atención de la salud mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría un tratamiento para pacientes internados sin esa atención.
	• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.
	• Suministros médicos, como entablillados y yesos.
	• Exámenes de detección preventivos y servicios listados en el Cuadro de beneficios.
	• Algunos medicamentos que no pueden autoadministrarse.
	Es posible que se requiera autorización previa.
		$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios El plan pagará por los servicios de salud mental prestados por: • un médico o psiquiatra autorizado por el estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un enfermero especialista clínico, • un enfermero practicante, • un auxiliar médico, **o** • cualquier otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, de conformidad con las leyes estatales vigentes. El plan pagará por los servicios siguientes y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí: • Servicios de clínica. • Tratamiento diurno. • Servicios de rehabilitación psicosocial. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios El plan pagará por la terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros. Si usted es miembro de un programa de exención, consulte la sección Servicios basados en la comunidad, más adelante en este capítulo. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
	El plan pagará por servicios para pacientes ambulatorios cuando estén cubiertos, sean médicamente necesarios y los proporcionen médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud mental dentro de la red. Los servicios pueden incluir, entre otros, los siguientes:
	• Servicios médicos y terapéuticos básicos
	• Terapia individual, familiar y/o grupal
	• Servicios de rehabilitación
	  ○ Programa de día para adultos
	  ○ Capacitación y apoyo sobre medicamentos
	  ○ Intervención para crisis
	  ○ Capacitación y desarrollo de habilidades
	  ○ Servicios de rehabilitación psicosocial
	• Administración de casos dirigida
	Es posible que se requiera autorización previa.
		$0

	Cirugía para pacientes ambulatorios El plan pagará por cirugía para pacientes ambulatorios y servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos y artículos de venta libre (OTC) El plan proporciona medicamentos de venta libre (OTC) ilimitados cuando su proveedor se los receta por escrito. Para obtener más información, consulte la sección "Medicamentos de Nivel 4" del Capítulo 6 o visite nuestro sitio web, www.myamerigroup.com/TXmmp, para consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Además, el plan también ofrece un monto para gastos de $51 cada tres meses para artículos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados por el plan. Este beneficio adicional: • No requiere autorización previa o una receta. • No incluye artículos que están actualmente disponibles como un beneficio cubierto. • Se limita a los artículos del Catálogo de medicamentos de venta libre (OTC) de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Los miembros son elegibles para usar la totalidad de su asignación trimestral en cualquier momento durante el trimestre. El saldo no utilizado no se transfiere al siguiente trimestre calendario y debe utilizarse antes del 31 de diciembre. El saldo no es acumulable por año. El miembro es la única persona que puede comprar los artículos de venta sin receta.	$0
	Servicios de hospitalización parcial La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio de hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Con este servicio, puede evitar la necesidad de permanecer en el hospital. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de asistencia personal El plan cubre asistencia personal con actividades de la vida diaria. El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Aseo • Comer • Bañarse • Vestirse e higiene personal • Tareas funcionales para vivir/asistencia con planificación • Preparar la comida • Transporte, o ayuda para asegurar transporte • Asistencia con locomoción y movilidad • Reforzamiento de apoyo del comportamiento o actividades de terapias especializadas; **y** • Asistencia con medicamentos Estos servicios pueden ser autodirigidos si usted lo elige. Esta opción le permite a usted o a su representante legalmente autorizado ser el empleador de algunos de sus proveedores de servicios y dirigir la prestación de servicios del programa. Si usted es miembro de un programa de exención, consulte la sección Servicios basados en la comunidad, más adelante en este capítulo. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) El plan ofrece un sistema de control personal que funciona las 24 horas, los 7 días de la semana. En caso de una emergencia, puede presionar un botón de llamada para que envíe una señal de ayuda. El PERS está disponible para todos los miembros que residen en la comunidad (miembros que no están en un hogar de ancianos). Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Si usted es miembro de un programa de exención, consulte la sección Servicios basados en la comunidad, más adelante en este capítulo. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Control de plagas El plan ofrece tratamientos de control de plagas una vez cada 3 meses para eliminar roedores, cucarachas y otras plagas no seguras de la casa. Este beneficio adicional se limita únicamente a los miembros que residen en la comunidad (miembros que no están en un hogar de ancianos). Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico El plan pagará por los servicios siguientes: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios, prestados en estos sitios: ○ consultorio del médico; ○ centro de cirugía ambulatoria certificado; ○ departamento para pacientes ambulatorios de un hospital; **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)
	• Consulta a un especialista y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.
	• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria ***o*** especialista si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento.
	• Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una consulta por telesalud. Si elige obtener servicios por telesalud, debe usar un proveedor dentro de la red que ofrezca servicios a través de telesalud. Pregunte a su médico si tiene disponibles los servicios de telesalud.
	• Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.
	• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que hacen diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal en un hospital u hospital de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro.
	• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular.
	• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si:
	  ○ No es un paciente nuevo, **y**
	  ○ El control no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, **y**
	  ○ El control no deviene en una visita al consultorio en el plazo de 24 horas o la cita disponible más pronto.
	Este beneficio continúa en la página siguiente	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) • Evaluación de video y/o imágenes que usted le envía a su médico y la interpretación y el seguimiento del médico en el plazo de 24 horas si: ○ No es un paciente nuevo, **y** ○ La evaluación no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, **y** ○ La evaluación no deviene en una visita al consultorio en el plazo de 24 horas o la cita disponible más pronto. • Consulta entre su médico y otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico si usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor dentro de la red antes de una cirugía. • Cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes: ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, ○ fracturas de fijación de la mandíbula o huesos faciales, ○ extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico, **o** ○ servicios que se cubrirían cuando los proporciona un médico. **Es posible que se requiera autorización previa y remisión.**	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Servicios de podología El plan pagará por los servicios siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • La atención de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes. Además, el plan cubre una visita para la atención de rutina de los pies cada tres meses. Los servicios cubiertos por Medicare se deben usar en su totalidad en primer lugar. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años y mayores, el plan pagará los servicios siguientes una vez cada 12 meses: • Un examen de tacto rectal. • Una prueba del antígeno prostático específico (PSA).	$0
	Dispositivos prostéticos y suministros relacionados Dispositivos prostéticos que reemplazan la totalidad o una parte de una parte o función del cuerpo. El plan pagará por los dispositivos protésicos siguientes y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí: • Bolsas para colostomía y suministros relacionados con la atención para colostomías. • Marcapasos. • Inmovilizadores. • Zapatos protésicos. • Brazos y piernas artificiales. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Dispositivos prostéticos y suministros relacionados (continuación) • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). El plan pagará también por algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. Pagará además la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos. El plan ofrece cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Para información más detallada, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección. **Es posible que se requiera autorización previa.**	
	Servicios de rehabilitación pulmonar El plan pagará por los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa. El miembro debe tener una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o de un proveedor que trate la EPOC. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
	Atención de relevo Los miembros no exentos que residen en la comunidad son elegibles para recibir servicios de relevo, que se limita a cuatro (4) horas en dos (2) días u ocho (8) horas en un (1) día. Si usted es miembro de un programa de exención, consulte la sección Servicios basados en la comunidad, más adelante en este capítulo. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento El plan pagará los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una STI. Un proveedor de atención primaria debe solicitar los exámenes. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. El plan también pagará por hasta dos sesiones individuales, cara a cara de terapia del comportamiento de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos en riesgo creciente de STI. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. El plan pagará por estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo, solo si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones se deben brindar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	$0
	Membresía de SilverSneakers® SilverSneakers puede ayudarlo a tener una vida más sana y activa por medio del acondicionamiento físico y la interacción social. Tiene cubierto el beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en centros participantes[1]. Tiene acceso a instructores que dan clases grupales de ejercicios diseñadas especialmente[2]. En los centros participantes de todo el país[1], puede tomar clases[2] y usar los equipos de ejercicio y demás instalaciones. Además, SilverSneakers FLEX® le da opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como en centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y con recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand™ y la aplicación móvil SilverSneakers GO™. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Membresía de SilverSneakers® (continuación) Se ofrecen kits de ejercitación en el hogar para los miembros que desean comenzar a ejercitarse en su casa o para aquellos que no pueden trasladarse a un centro de acondicionamiento físico debido a una lesión o enfermedad o por estar confinados en su hogar. Lo único que necesita para empezar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para conocer más sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711). De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. [1]Los centros participantes (“PL”) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni de sus afiliados, ni son operados por estos. El uso de las instalaciones y los servicios de PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de PL. Las instalaciones y servicios varían según el PL. [2]La membresía incluye clases de ejercicios en grupo dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos lugares ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según el lugar. SilverSneakers no es una membresía de gimnasio, sino un programa especializado diseñado específicamente para adultos mayores. Se excluyen las membresías para gimnasios y otros programas de bienestar físico que no cumplen con los requisitos de SilverSneakers. El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers es brindado por Tivity Health, una compañía independiente. SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar

	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)
	No se requiere hospitalización previa.
	El plan pagará por los servicios siguientes y puede haber otros servicios que no están enumerados aquí:
	• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario).
	• Comidas, incluidas dietas especiales.
	• Servicios de enfermería.
	• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.
	• Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre.
	• Sangre, incluso almacenamiento y administración.
	  ○ El plan pagará por sangre íntegra y glóbulos rojos concentrados a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar por las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o conseguir que usted o alguien más le done la sangre.
	  ○ El plan pagará por todas las otras partes de la sangre, comenzando con la primera pinta usada.
	• Suministros médicos y quirúrgicos brindados por centros de atención de enfermería.
	• Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería.
	• Radiografías y otros servicios radiológicos brindados por centros de atención de enfermería.
	• Aparatos, como sillas de ruedas, por lo general, brindados por centros de atención de enfermería.
	• Servicios de médicos o proveedores.
	Este beneficio continúa en la página siguiente
		$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica vivan en el momento en que usted es dado de alta del hospital. **Es posible que se requiera autorización previa.**	
	Terapia de ejercicios supervisada (SET) El plan pagará la SET para los miembros con arteriopatía periférica sintomática (PAD) que tienen una remisión del médico responsable del tratamiento de la PAD. El plan pagará: • Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET. • Un adicional de 36 sesiones si el proveedor de cuidados médicos lo considera médicamente necesario. El programa SET debe: • Ofrecer sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicio para PAD para aquellos miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Realizarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Terapia de ejercicios supervisada (SET) (continuación) • Ser administrado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supera el daño y que esté capacitado en terapia de ejercitación para PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/ enfermero especialista clínico capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado. **Es posible que se requiera autorización previa.**	
	Atención necesaria de forma urgente La atención necesaria de forma urgente es cuidado dado para tratar: • una situación que no sea de emergencia, **o** • una enfermedad repentina, **o** • una lesión, **o** • una afección que requiere atención de inmediato. Si usted requiere atención necesaria de forma urgente, deberá primero tratar de conseguirla de un proveedor dentro de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no tenga acceso a un proveedor dentro de la red. Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos.	$0
	Atención de la vista El plan pagará por servicios ambulatorios de médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de la vista anuales para retinopatía diabética para personas que tienen diabetes y tratamiento para degeneración macular senil. Medicare no cubre exámenes de la vista regulares para anteojos o lentes de contacto. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	Atención de la vista (continuación) Para las personas en alto riesgo de glaucoma, el plan pagará por una prueba de detección del glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes: • personas con un historial familiar de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años de edad en adelante, **e** • hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante. El plan cubre un examen de la vista cada año. Además de los servicios cubiertos, el plan proporcionará hasta $300 adicionales para un par de anteojos o lentes de contacto por año. **Es posible que se requiera autorización previa.**	
	Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre la única visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". La visita incluye lo siguiente: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluso exámenes de detección e inyecciones), **y** • remisiones para otro tipo de atención si lo necesita. **Nota:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando solicite la cita, informe en el consultorio del médico que desea programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".	$0

E. Nuestros servicios en el hogar y la comunidad

Además de estos servicios generales, nuestro plan también cubre servicios con base en el hogar y la comunidad. Estos son servicios que usted puede usar en lugar de ir a un centro. Para recibir algunos de estos servicios, usted deberá calificar para los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (programa de exención de STAR+PLUS). Su coordinador de servicios trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y estarán en su plan de atención.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Ayudas de adaptación y suministros médicos El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o artículos que sean necesarios para abordar sus necesidades específicas, incluidos aquellos necesarios para apoyo vital, hasta un límite de $10,000 por año. El plan puede pagar por los siguientes si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros artículos/servicios no listados aquí: • Elevadores, incluidos los elevadores de vehículos • Ayudas para la movilidad • Dispositivos de posición • Interruptores de control/interruptores neumáticos y dispositivos • Unidades de control ambiental • Suministros médicamente necesarios • Ayudas para comunicarse (incluidas las baterías) • Equipos de adaptación/modificados para actividades de la vida diaria • Frenos de seguridad y dispositivos de seguridad Los coordinadores de servicios pueden ayudarlo a recibir suministros o equipos médicos. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Ayudas de adaptación y suministros médicos (continuación) Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. El estado les permite a los miembros elegir un pariente o un tutor legal, que no sea una persona legalmente responsable, para que sea su proveedor de este servicio si el pariente o el tutor legal cumplen con los requisitos para este tipo de servicio. **Es posible que se requiera autorización previa.**	
Atención de tutela temporal para adultos El plan cubre alojamiento las 24 horas en un hogar tutelar si usted tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales, o si no puede continuar manejándose independientemente en su propio hogar. El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Preparación de alimentos • Tareas domésticas • Salud personal • Tareas de enfermería • Supervisión • Servicios de acompañante • Asistencia para el diario vivir • Transporte Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar

Servicios de vida asistida
 	
El plan cubre un alojamiento las 24 horas para usted si no puede vivir independientemente en su propio hogar.
 	
El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí:
• Hogar de acogida/cuidado de acompañante que le proporciona:
  ○ Asistencia personal
  ○ Tareas funcionales para vivir
  ○ Supervisión de su seguridad y protección
  ○ Actividades de habilitación
• Vida supervisada que le proporciona:
  ○ Asistencia personal
  ○ Tareas funcionales para vivir
  ○ Supervisión de su seguridad y protección
  ○ Actividades de habilitación
• Servicio de apoyo residencial que le proporciona:
  ○ Asistencia personal
  ○ Tareas funcionales para vivir
 	
Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.
 	
Es posible que se requiera autorización previa.
	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de rehabilitación cognitiva El plan cubre servicios que le ayudan a aprender o reaprender habilidades cognitivas Estas habilidades pueden haberse perdido o alterado como resultado de daño a las células cerebrales o a la química cerebral. Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
Servicios diurnos para recuperar sus habilidades Estos servicios le ayudan con la obtención, retención o mejoramiento de habilidades necesarias para vivir exitosamente en el hogar y/o en entornos de base comunitaria. Promueven la independencia, opción personal y logro de los resultados identificados en su plan de servicios Para las personas inscritas en los servicios de Primera Opción Comunitaria (CFC) y que reciben esos servicios: Beneficios y límites conforme se describen en el *Manual de procedimientos de proveedores* de *Texas Medicaid* y según requiere CFC. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
Servicios dentales El plan cubre los siguientes servicios para ayudarlo a cuidar sus dientes y satisfacer sus necesidades médicas, hasta $5,000 por año. Si se requieren los servicios de un cirujano bucal, usted puede recibir $5,000 adicionales por año. El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Tratamiento dental de emergencia **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios dentales (continuación) • Tratamiento dental preventivo • Tratamiento dental terapéutico (restauración, mantenimiento, etc.) • Tratamiento dental de ortodoncia Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	
Servicios de respuesta ante emergencias El plan cubre servicios de respuesta ante emergencias para usted a través de un sistema de monitoreo electrónico las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En una emergencia, usted puede presionar un botón de llamada para que envíe una señal de ayuda. Este beneficio es para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115; y para las personas inscritas en los servicios de Primera Opción Comunitaria (CFC) y que reciben esos servicios: Beneficios y límites conforme se describen en el *Manual de procedimientos de proveedores* de *Texas Medicaid* y según requiere CFC. Los servicios de respuesta ante emergencias (ERS) también están disponibles como un beneficio flexible sin costo para los miembros que no están inscritos en los servicios de exención de STAR+PLUS de CFC o HCBS. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Asistencia para el empleo El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Identificar sus preferencias de empleo, habilidades laborales y requisitos para un entorno laboral y condiciones laborales. • Localización de posibles empleadores que ofrecen empleos compatibles con sus preferencias, habilidades y requisitos identificados. • Contactar a un empleador potencial en su nombre y negociar su empleo. • Transporte. • Participación en reuniones del equipo de planificación de servicios. Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.	$0
Servicios de tareas funcionales para vivir Estos servicios le ayudan con: • Planificación y preparación de comidas • Transporte, o ayuda para asegurar transporte • Asistencia con locomoción y movilidad • Reforzamiento de apoyo del comportamiento o actividades de terapias especializadas • Asistencia con medicamentos Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Comidas entregadas a domicilio El plan cubre comidas calientes y nutritivas que son servidas en su hogar. Las comidas están limitadas a 1 a 2 por día. Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
Modificaciones menores en el hogar El plan cubre modificaciones menores en el hogar para asegurar su salud, bienestar y seguridad y para permitirle funcionar con mayor independencia en su hogar. El plan cubrirá hasta $7,500 durante toda su vida y también cubrirá hasta $300 cada año para reparaciones. El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Instalación de rampas y barras de agarre • Ampliación de puertas de entrada • Modificaciones en la cocina y el baño, **y** • Otras adaptaciones de accesibilidad especializadas Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de enfermería El plan cubre el tratamiento y monitoreo de sus condiciones médicas, especialmente si usted tiene afecciones crónicas que requieren habilidades específicas de enfermería. Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
Terapia ocupacional El plan le cubre terapia ocupacional, la cual proporciona evaluación y tratamiento por un terapeuta ocupacional autorizado. El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Detección y evaluación • Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • Intervención terapéutica directa • Asistencia y capacitación con ayudas de adaptación y dispositivos de comunicación aumentada • Consulta con y capacitación de otros proveedores de servicios y miembros de la familia • Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de asistencia personal El plan cubre asistencia personal con actividades de la vida diaria. El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Aseo • Comer • Bañarse • Vestirse e higiene personal • Tareas funcionales para vivir/asistencia con planificación • Preparar la comida • Transporte, o ayuda para asegurar transporte • Asistencia con locomoción y movilidad • Reforzamiento de apoyo del comportamiento o actividades de terapias especializadas; **y** • Asistencia con medicamentos Las personas pueden optar por recibir servicios de asistencia personal autodirigidos. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia física El plan le cubre terapia física, evaluaciones y tratamientos por un terapeuta físico autorizado. El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Detección y evaluación • Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • Intervención terapéutica directa • Asistencia y capacitación con ayudas de adaptación/dispositivos de comunicación aumentada • Consulta con y capacitación de otros proveedores de servicios y miembros de la familia • Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención de relevo El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales hasta 30 visitas al año y quizá otros servicios no listados aquí: • Asistencia personal • Actividades de habilitación • Actividades comunitarias • Actividades de ocio • Supervisión de su seguridad y protección • Desarrollo de comportamientos socialmente valorados • Desarrollo de habilidades del diario vivir La atención de relevo es proporcionada para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Puede ser proporcionado en los siguientes lugares: su hogar o lugar de residencia, un hogar de tutela temporal para adultos, un centro de enfermería certificado de Texas Medicaid y un centro de vida asistida. Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. La atención de relevo también está disponible como un beneficio flexible sin costo para los miembros que no están inscritos en los servicios de exención HCBS de STAR+PLUS. Máximo de ocho (8) horas. Se proporcionan ocho (8) horas en un (1) día o cuatro (4) horas por día en dos (2) días. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia del habla, de la audición y del lenguaje El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Detección y evaluación • Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • Intervención terapéutica directa • Asistencia/capacitación con ayudas de adaptación y dispositivos de comunicación aumentada • Consulta con y capacitación de otros proveedores de servicios y miembros de la familia • Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0
Consulta de apoyo El plan cubre consulta de apoyo opcional proporcionada por un asesor de apoyo certificado elegido. Este asesor le ayudará a aprender acerca y realizar responsabilidades del empleador. El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Reclutamiento, evaluación y contratación de trabajadores • Preparación de descripciones del puesto • Verificación de elegibilidad y calificaciones para el empleo y otros documentos necesarios para emplear a una persona **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Consulta de apoyo (continuación) • Manejo de trabajadores • Otras habilidades profesionales según se necesiten Este beneficio es para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115; y para las personas inscritas en los servicios de Primera Opción Comunitaria (CFC) y que reciben esos servicios: Beneficios y límites conforme se describen en el *Manual de procedimientos de proveedores* de *Texas Medicaid* y según requiere CFC. **Es posible que se requiera autorización previa.**	
Empleo asistido El plan cubre empleo asistido, el cual le es proporcionado en su lugar de empleo si: • Usted necesita los servicios de apoyo para mantener el empleo debido a una discapacidad. • A usted le pagan salario mínimo (o más) por el trabajo que realiza, **y** • Su lugar de empleo es competitivo y está integrado. El plan también cubre transporte hacia y desde su sitio de trabajo y supervisión y capacitación para usted más allá de lo que un empleador proporcionaría ordinariamente. Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de asistencia de transición El plan cubre una transición de un centro de enfermería a un hogar en la comunidad, hasta un límite de $2,500. El plan puede pagar por los siguientes servicios si son médicamente necesarios o funcionales y quizá otros servicios no listados aquí: • Pago de depósitos de seguridad requeridos para alquilar un apartamento o una casa • Depósitos o cargos de conexión para instalar los servicios públicos del hogar, como el teléfono, la electricidad, el gas y el agua • Compra de los muebles esenciales para el apartamento o la casa, como mesa, sillas, persianas para las ventanas, utensilios para comer, elementos para preparar comidas y ropa blanca para el baño • Pago de los gastos de mudanza necesarios para mudarse u ocupar la casa o el apartamento, **y** • Pago por servicios para garantizar su salud en el apartamento o la casa, tales como erradicación de plagas, control de alérgenos o una limpieza única antes de la ocupación Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), conforme se describe en el archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115. **Es posible que se requiera autorización previa.**	$0

F. Beneficios cubiertos fuera de Amerigroup STAR+PLUS MMP

Los siguientes servicios no están cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP, pero están disponibles a través de Medicare o Texas Medicaid.

F1. Cuidado para enfermos terminales

Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un cuidado para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos. Los programas de atención para enfermos terminales ofrecen a los miembros y las familias cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer las necesidades especiales que surgen de tensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales y económicas, que se experimentan durante las fases iniciales de la enfermedad y durante la muerte y el duelo. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro de la red o fuera de la red.

Consulte el Cuadro de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que Amerigroup STAR+PLUS MMP paga mientras usted recibe servicios de cuidado para enfermos terminales.

Para los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que se relacionan con su prognosis terminal:

- El proveedor de atención para enfermos terminales le facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios para enfermos terminales y cualquier servicio de Medicare Parte A o B. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por Medicare **Parte A o Parte B que no estén relacionados con su prognosis terminal (excepto la atención de emergencia o la atención necesaria de forma urgente):**

- El proveedor le facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Amerigroup STAR+PLUS MMP:

- Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si usted necesita atención que no sea en un centro para enfermos terminales, debe llamar a su coordinador de servicios para hacer los arreglos para los servicios. La atención que no se brinda en un centro para enfermos terminales es la que no está relacionada con su diagnóstico terminal. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora local) para obtener ayuda con la coordinación de servicios.

F2. Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR)

Este es un programa para garantizar que los miembros no sean colocados incorrectamente en un hogar de ancianos. Requiere que a los miembros (1) se los evalúe para detectar enfermedades mentales, incapacidades intelectuales o ambas; (2) se les ofrezca el entorno más apropiado para sus necesidades (en la comunidad, un centro de enfermería o áreas de atención en caso de enfermedades agudas); y (3) se les brinden los servicios que necesitan en esas áreas.

G. Beneficios sin cobertura de Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicare o Texas Medicaid

En esta sección, se describen los tipos de beneficios que excluye el plan. El término “excluye” significa que el plan no paga estos beneficios. Tampoco los pagará Medicare ni Texas Medicaid.

La lista que sigue describe algunos servicios o artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición y algunos que están excluidos por el plan solo en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del miembro*), excepto en las circunstancias específicas que se indican. Si considera que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en el Cuadro de beneficios, **los siguientes servicios y artículos no están cubiertos por nuestro plan:**

- Servicios considerados “no razonables o innecesarios” de acuerdo con los estándares de Medicare y Texas Medicaid, a menos que estos servicios estén listados por nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos quirúrgicos y médicos, y artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Personal de enfermería particular.
- Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, como un teléfono o televisor.

- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Los servicios de oficios domésticos, incluidas la asistencia básica en el hogar, la limpieza doméstica ligera o la preparación de comidas ligeras.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.
- Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluidos bajar de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvejecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Cuidados quiroprácticos, que no sean manipulación manual de la columna, acorde a las pautas de cobertura de Medicare.
- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de una pierna ortopédica y se incluyan en el costo de la pierna, o que los zapatos sean para una persona que padece enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para visión parcial.
- Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, si un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA, y la suma de distribución de costos del VA es mayor que la de nuestro plan, se reembolsará la diferencia al veterano. Igualmente, los miembros deberán pagar nuestros montos de distribución de costos.

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

Este capítulo detalla las normas para obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene de una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Estos incluyen los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y algunos medicamentos recetados y de venta libre cubiertos en virtud de Texas Medicaid. En el Capítulo 6, se indica cuánto paga usted por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Amerigroup STAR+PLUS MMP también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que recibe mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, ciertos suministros para la salud domiciliaria (tiras reactivas, lancetas, espaciadores) y medicamentos que recibe en una clínica de diálisis. Para conocer más sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Normas de la cobertura para medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Normalmente el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga las normas en esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe prescribir su receta. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor, en el caso de que su proveedor de atención primaria lo haya remitido para su atención.
2. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para abastecer su receta.
3. Su medicamento recetado debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.
   - Si no está en la Lista de medicamentos, podemos cubrirlo haciendo una excepción.
   - Consulte el Capítulo 9 para informarse sobre cómo solicitar una excepción.

4. Su medicamento debe ser utilizado para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por algunas referencias médicas. Una indicación aceptada desde el punto de vista médico se refiere al diagnóstico o a la afección por la cual se receta un medicamento, no a la dosis recetada para dicha indicación. El medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico que respalde el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión, o para mejorar la función del cuerpo (excepto las vacunas de la Parte D, que pueden utilizarse para la prevención de una afección).

Índice

A. Cómo abastecer sus recetas 119

A1. Cómo abastecer una receta en una farmacia de la red 119

A2. Uso de su tarjeta de identificación del miembro cuando abastece una receta 119

A3. Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red 119

A4. Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red 119

A5. Uso de una farmacia especializada 120

A6. Utilizar servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos 120

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 123

A8. Uso de una farmacia que no está en la red del plan 123

A9. Reembolso si usted paga un medicamento recetado 124

B. La Lista de medicamentos del plan 124

B1. Medicamentos de la lista de medicamentos 124

B2. Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos 125

B3. Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos 125

B4. Niveles de distribución de costos de la Lista de medicamentos 126

C. Límites para algunos medicamentos 126

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto 128

D1. Un suministro temporal 128

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 130

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 132

F1. Si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan 132

F2. Si se encuentra en un establecimiento de atención a largo plazo 132

F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare 133

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 133

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 133

G2. Programas que ayudan a los miembros a administrar sus medicamentos 134

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides 134

A. Cómo abastecer sus recetas

A1. Cómo abastecer una receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por las recetas solo si son abastecidas en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado proporcionar los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios.

A2. Uso de su tarjeta de identificación del miembro cuando abastece una receta

Para abastecer su receta, **muestre su tarjeta de identificación del miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Es posible que deba pagarle a la farmacia un copago cuando recoja su receta.

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro al abastecer su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

En algunos casos, **si la farmacia no recibe la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** Puede entonces pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Si no puede pagar el medicamento, póngase en contacto con Servicios para Miembros de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

- Para saber cómo solicitarnos el reembolso, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para abastecer una receta, puede comunicarse con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios.

A3. Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita reponer una receta, puede solicitar una nueva receta indicada por un proveedor o solicitar a su farmacia que transfiera la receta a una nueva farmacia, si todavía le quedan reposiciones.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios.

A4. Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios para Miembros o su coordinador de servicios.

A5. Uso de una farmacia especializada

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos.
    - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención de largo plazo, debemos asegurarnos de que reciba los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
    - Si esta farmacia no está en nuestra red o usted tiene dificultades para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado de largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa médico para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que requieren manipulación e instrucciones especiales sobre su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios.

A6. Utilizar servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través de venta por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una condición médica crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para hasta 93 días. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo abastecer recetas por correo

Para recibir formularios de pedido e información sobre cómo abastecer sus recetas por correo, visite nuestro sitio web www.myamerigroup.com/TXmmp o llame sin cargo a Servicios de Farmacia para Miembros al **1-833-232-1711** (TTY: **711**), las 24 horas, los 7 días de la semana, o a su Coordinador de servicios.

Por lo general, un medicamento recetado de pedido por correo le llegará en un plazo de 7 a 14 días. Si su medicamento recetado por correo se demora, cubriremos un suministro temporal de una farmacia minorista. Comuníquese con el programa de pedido por correo de IngenioRx al 1-833-203-1738 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Procesos del pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que obtiene de usted, las nuevas recetas que obtiene directamente de la consulta del proveedor y las reposiciones de recetas de pedido por correo:

1. **Nuevas recetas que la farmacia recibe de su parte**

   La farmacia obtendrá y entregará automáticamente los medicamentos correspondientes a las nuevas recetas que reciba de su parte.

2. **Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor**

   La farmacia surtirá y enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de cuidado médico, sin verificar primero con usted si:

   - Usó los servicios de pedido por correo con este plan anteriormente, **o**
   - Usted se inscribió para el envío automático de todas las recetas nuevas que recibe directamente de los proveedores de cuidado médico. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento comunicándose con el programa de pedido por correo de IngenioRx al **1-833-203-1738** (TTY: **711**), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

   Si recibe de forma automática una receta por correo que usted no desea y no se pusieron en contacto con usted para saber si la quería antes de que se la enviaran, puede ser elegible para un reembolso.

   Si usted usó el servicio de pedido por correo anteriormente y no quiere que la farmacia abastezca y envíe de forma automática cada receta nueva, contáctenos llamando al programa de pedido por correo de IngenioRx al **1-833-203-1738** (TTY: **711**), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si nunca ha utilizado nuestra entrega de pedidos por correo y/o decide suspender la reposición automática de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidados médicos para ver si desea que el medicamento se abastezca y envíe de inmediato.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la forma) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y envíen.
- Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta, para evitar demoras en el envío.

Para dejar de recibir entregas automáticas de nuevos medicamentos recetados directamente del consultorio de su proveedor de cuidados médicos, contáctenos llamando al programa de pedido por correo de IngenioRx al **1-833-203-1738** (TTY: **711**), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

3. Reposición de recetas para pedido por correo

Para reponer sus medicamentos recetados, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. Según este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros indiquen que está por quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamento. También puede cancelar las reposiciones si ya cuenta con el medicamento necesario o si su medicamento ha cambiado.
- Si decide no usar el programa de reposición automática, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene disponibles se le terminarán para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para dejar de participar en el programa que prepara automáticamente la reposición de pedidos por correo, contáctenos llamando a Servicios de Farmacia para Miembros al **1-833-232-1711** (TTY: **711**), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Avísele a su Coordinador de servicios o llame a Servicios de Farmacia para Miembros al **1-833-232-1711** (TTY: **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y actualizaremos su archivo de miembro. Si no sabemos la mejor forma de comunicarnos con usted, podría perder la oportunidad de decirnos si desea una reposición y podría quedarse sin sus medicamentos recetados.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias le pueden dar un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener más información, también puede llamar a Servicios para Miembros.

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para informarse sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está en la red del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicios donde puede abastecer sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos los medicamentos recetados que se obtengan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si usted está de viaje fuera del área de servicio, se le termina el medicamento y no puede ir a una farmacia de la red.
- Si no puede recibir un medicamento de manera oportuna debido a que no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que esté abierta las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si el medicamento que toma no está disponible regularmente en una farmacia accesible o de pedido por correo.
- Si se le proporciona el medicamento mientras está en una sala de emergencias, un hospital o un centro fuera de la red, un centro de cirugía ambulatoria u otro centro ambulatorio y no puede conseguir su medicamento en una farmacia de la red.
- Durante un desastre natural declarado federalmente u otra emergencia cuando no se esperaba razonablemente que usted pudiera obtener medicamentos de una farmacia de la red.

En estos casos, primero, consulte con Servicios para Miembros para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca.

A9. Reembolso si usted paga un medicamento recetado

Si usted debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total en lugar de pagar un copago cuando obtenga la receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

B. La Lista de medicamentos del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

Los medicamentos en esta Lista de medicamentos los selecciona el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, también se indica si existen normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las normas aquí detalladas.

B1. Medicamentos de la lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D, medicamentos recetados y medicamentos y artículos de venta libre con cobertura conforme a sus beneficios de Texas Medicaid.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos tanto de marca como genéricos.
Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las normas aquí detalladas.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

B2. Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento que está tomando está en la Lista de medicamentos, usted puede hacer lo siguiente:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en www.myamerigroup.com/TXmmp. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Amerigroup STAR+PLUS MMP no pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Se los llama medicamentos excluidos. Si recibe una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9.)

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de Texas Medicaid y Medicare Parte D) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B están cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP de forma gratuita, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque el medicamento no esté aprobado para tratar esa afección. Esto se denomina “uso no aprobado o fuera de lo indicado”. Normalmente, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para uso fuera de lo indicado.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertos por Medicare ni Texas Medicaid.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que elabora el medicamento afirma que debe realizarse análisis o servicios que solo ellos realizan.

B4. Niveles de distribución de costos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan pertenece a uno de cuatro (4) niveles de distribución de costos. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o sin receta). En general, mientras más alto sea el nivel de distribución de costos, mayor será el costo del medicamento.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D. El copago es $0.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D. El copago es de $0 a $9.85 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Texas Medicaid (estado). El copago es $0.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por Texas Medicaid (estado) que requieren una receta de su proveedor. El copago es $0.

Para saber en cuál nivel de distribución de costos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6, se indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que sea eficaz para su condición médica, además de seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona de la misma manera que uno de mayor costo, el plan espera que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Si hay alguna norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba darnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor piensan que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales o no.

Para conocer más sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9.

1. **Cómo limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible**

   Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que uno de marca, pero usualmente cuesta menos. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le entregarán la versión genérica.

   - Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica.
   - Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que un medicamento genérico no funcionará para usted ***o*** ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca ***o*** nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.
   - El copago que le corresponda pagar a usted puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico.

2. **Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado**

   Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de Amerigroup STAR+PLUS MMP antes de surtir su receta. Si no obtiene aprobación, es posible que Amerigroup STAR+PLUS MMP no cubra el medicamento.

   Puede obtener un suministro para 72 horas de un medicamento cubierto por Texas Medicaid si es una emergencia.

3. **Cómo probar un medicamento diferente primero**

   En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos de más bajo costo (que a menudo son igual de efectivos) antes de que el plan cubra medicamentos que cuestan más.
   Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero.

   Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá entonces el medicamento B.
   Esto se conoce como terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos. Esto se conoce como "límite de cantidad". Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de medicamento que podría obtener cada vez que usted necesite abastecer su receta.

Para saber si alguna de estas normas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web www.myamerigroup.com/TXmmp.

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Nuestra intención es que la cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces, es posible que un medicamento no esté cubierto como usted desearía. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierta por el plan. El medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos. Tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar la seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o límites especiales respecto de la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el emisor de recetas quieran solicitarnos una excepción a la norma.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que desearía que estuviera.

D1. Un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede darle un suministro temporal de un medicamento cuando este no esté en la Lista de medicamentos o cuando esté limitado de alguna forma. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de conseguir un medicamento diferente o pedir al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las siguientes dos normas:

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en la Lista de medicamentos del plan; **o**
- nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan; **o**
- ahora está limitado en alguna forma.

2. Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:

- Usted estaba en el plan el año pasado.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
  - Este suministro temporal será para hasta 31 días.
  - Si su receta fue emitida por menos días, permitiremos que le repongan varias veces hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe abastecer la receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
  - Este suministro temporal será para hasta 31 días.
  - Si su receta fue emitida por menos días, permitiremos que le repongan varias veces hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe abastecer la receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha estado en el plan más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro para 34 días o menos si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal anterior.
  - Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar de medicamento.

  Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que puede funcionar para usted.

  O BIEN

- Puede solicitar una excepción.

  Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedir al plan que cubra el medicamento sin limitaciones. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.

Para conocer más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar el 1.º de enero, pero Amerigroup STAR+PLUS MMP puede agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras normas acerca de los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir solicitar o no la aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es la autorización de Amerigroup STAR+PLUS MMP antes de poder recibir un medicamento.)
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada en relación con un medicamento. (Terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas relativas a los medicamentos, consulte la Sección C más arriba en este capítulo.

Si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año,** a menos que suceda lo siguiente:

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo más barato que actúe de la misma forma que uno de la Lista de medicamentos.
- Descubramos que un medicamento no es seguro, **o**
- Un medicamento sea retirado del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos, usted siempre puede:

- Revisar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de Amerigroup STAR+PLUS MMP en línea, en www.myamerigroup.com/TXmmp.
- Llamar a Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

Algunos cambios a la Lista de medicamentos sucederán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Está disponible un medicamento genérico nuevo**. A veces, aparece en el mercado un medicamento genérico nuevo que actúa de la misma forma que un medicamento de marca de la Lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento se mantendrá igual o será menor.

  Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar sus normas o límites de cobertura.

  - Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre el cambio específico que hemos realizado.
  - Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado**. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber. Su proveedor también se enterará de este cambio. Puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le comunicaremos con anticipación estos otros cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- La FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
  - Sustituimos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos **o**
  - Cambiamos las normas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Si se producen estos cambios, nosotros:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la Lista de medicamentos, **o**
- Le informaremos y le daremos un suministro para 31 días del medicamento después de que solicite una reposición.

Esto le dará tiempo para que hable con su médico u otro emisor de recetas. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar, **o**
- Si debe pedir una excepción a estos cambios. Para conocer más sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9.

Es posible que implementemos otros cambios que no afecten los medicamentos que toma en este momento. Para esos cambios, si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afectará su uso del medicamento para el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan

Si lo internan en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, nosotros cubriremos generalmente el costo de sus medicamentos recetados durante su permanencia. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando ellos cumplan con todas las normas de cobertura.

Para conocer más sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6.

F2. Si se encuentra en un establecimiento de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) cuenta con su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos los residentes. Si usted está viviendo en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados por medio de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un programa de atención para enfermos terminales de Medicare y requiere un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico no cubierto por su centro para enfermos terminales porque no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación del emisor de la receta o de su proveedor de atención para enfermos terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras para recibir un medicamento no relacionado que debería ser cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados para enfermos terminales o al emisor de recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de pedirle a la farmacia que abastezca su receta.

Si abandona el centro para enfermos terminales, nuestro plan debe cubrir todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar que ya no se encuentre en el centro para enfermos terminales. Consulte las partes anteriores de este capítulo donde se definen las normas para obtener la cobertura de medicamentos de Medicare Parte D.

Para conocer más sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4.

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en el medicamento o medicamentos que:

- Pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Pueden no ser seguros debido a su edad o sexo.
- Podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico.
- Tienen cantidades no seguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos recetados, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas que ayudan a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes condiciones médicas y/o se encuentra en un programa de administración de medicamentos para ayudarlo a tomar los medicamentos opioides de manera segura, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM). Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de atención médica llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos y hablará con usted sobre los siguientes temas:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que pueda tener, como costos de los medicamentos y reacciones a los medicamentos.
- La mejor manera de tomar los medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su receta y los medicamentos sin receta.

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen comprende un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo los medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, recibirá información sobre el desecho seguro de medicamentos que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y la lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado médico. También lleve su lista de medicamentos si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Estos programas de administración de la terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Amerigroup STAR+PLUS MMP implementa un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se suelen consumir de manera inapropiada. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si recientemente ha sufrido una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su consumo de medicamentos opioides o con benzodiazepinas, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para dichos medicamentos **de ciertas farmacias** y/o **de ciertos médicos**.
- **Limitar la cantidad** de dichos medicamentos que cubriremos para usted.

Si consideramos que una o más de las limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta por adelantado. Esta carta explicará las limitaciones que consideramos que se deben aplicar.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier información que usted considere importante brindarnos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de haberle dado la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta en la que se confirmarán las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, si no está de acuerdo con que está en riesgo por el consumo excesivo de medicamentos con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y el emisor de recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y emitiremos nuestra decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso, automáticamente, a una Entidad de Revisión Independiente (IRE). (Para saber cómo presentar una apelación e informarse sobre la IRE, consulte el Capítulo 9.)

El DMP puede no aplicarse en su caso si:

- Tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme.
- Está recibiendo cuidados paliativos o para enfermos terminales.
- Vive en un establecimiento de atención a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Texas Medicaid

Introducción

En este capítulo, se indica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a los siguientes:

- Medicamentos recetados de Medicare Parte D, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Texas Medicaid, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Texas Medicaid, recibe Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para cubrir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D.

> **Ayuda Extra (Extra Help)** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Extra (Extra Help) también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Para obtener más información sobre los medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
  - La denominamos la “Lista de medicamentos”. Allí se informa lo siguiente:
    - Cuáles medicamentos paga el plan.
    - En cuál de los 4 niveles de distribución de costos está cada medicamento.
    - Si hay algún límite en los medicamentos.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener la Lista de medicamentos en nuestro sitio web www.myamerigroup.com/TXmmp. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- El Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
  - En el Capítulo 5, se indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
  - Incluye las normas que debe cumplir. También detalla qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
  - En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red. Puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5.

Índice

A. *Explicación de Beneficios* (EOB) 138

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos 139

C. Etapas de pago de los medicamentos de Medicare Parte D 140

D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial 140

D1. Sus opciones de farmacia 141

D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo 141

D3. Lo que usted paga 141

D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial 143

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica 143

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes 144

G. Vacunas 145

G1. Lo que debe saber antes de una vacunación 145

G2. Qué paga por una vacunación de Medicare Parte D 145

A. *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos recetados. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted paga, u otra persona en su nombre, por sus medicamentos recetados.
- Los **costos totales de los medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas, además del monto que paga el plan.

Cuando usted obtiene medicamentos recetados por medio del plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de Beneficios*. Nosotros la denominamos EOB, para abreviar. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como los aumentos de precios y otros medicamentos que podrían estar disponibles a una distribución de costos menor. Puede hablar con su médico que receta sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes**. En el resumen, se indica qué medicamentos recetados recibió. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que hizo el plan y lo que usted y otros pagando por usted, pagaron.
- **Información sobre el "Acumulado anual".** Incluye el total de los costos de medicamentos y el total de pagos realizados desde el 1.° de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y la variación porcentual del precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Hable con el médico que le receta los medicamentos para obtener más información.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta en el total de sus gastos de bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos sin receta. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación del miembro.

Muestre su tarjeta de identificación del miembro cada vez que obtenga un medicamento recetado. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados obtiene y lo que usted paga por ellos.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos las copias de los recibos de los medicamentos que ha pagado. Puede pedirnos ayuda para que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento. Póngase en contacto con su coordinador de servicios para obtener información sobre cómo le reembolsan.

A continuación, le presentamos algunas situaciones en las que debe brindarnos las copias de sus recibos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando usted paga un copago por los medicamentos que recibe de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
- Cuando usted compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando usted paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para saber cómo solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento, consulte el Capítulo 7.

3. Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.

Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también se aplican al cálculo de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a los gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos para la cobertura catastrófica. Cuando llega a la Etapa de cobertura catastrófica, Amerigroup STAR+PLUS MMP paga todos los costos de sus medicamentos de Medicare Parte D durante el resto del año.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que contiene errores o falta algún dato, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar las EOB. Constituyen un registro importante sobre sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de pago de los medicamentos de Medicare Parte D

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D en virtud de Amerigroup STAR+PLUS MMP. El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un surtido o resurtido de un medicamento recetado. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. La parte que le corresponde se denomina “copago”. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2022. Comienza esta etapa cuando ha pagado cierto monto de sus gastos de bolsillo.

D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte. La parte que le corresponde se denomina “copago”. El copago depende del nivel de distribución de costos en que se encuentre el medicamento y dónde lo obtuvo.

Los niveles de distribución de costos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento que figura en la lista del plan se encuentra en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, mientras mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para buscar los niveles de distribución de costos para sus medicamentos, puede ver la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D. El copago es $0.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D. El copago es de $0 a $9.85 en función de sus ingresos.

- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Texas Medicaid (estado). El copago es $0.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por Texas Medicaid (estado) que requieren una receta de su proveedor. El copago es $0.

D1. Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de las siguientes farmacias:

- una farmacia de la red, **o**
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para saber en qué caso lo hacemos.

Para conocer más sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 93 días. Cuesta lo mismo que el suministro para un mes (31 días).

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, usted pagará un copago cada vez que surta una receta. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el precio inferior.

Puede comunicarse con Servicios para Miembros para saber cuánto es el copago para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo al recibir un suministro de un medicamento recetado cubierto para un mes o a largo plazo de:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o 93 días.	**El servicio de pedido por correo del plan** Un suministro para un mes o 93 días.	**Una farmacia de la red de atención a largo plazo** Un suministro para hasta 34 días.	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.
Distribución de costos Nivel 1 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D)	$0	$0	$0	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.
Distribución de costos Nivel 2 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D)	Medicamentos genéricos: $0/$1.35/$3.95 Medicamentos de marca: $0/$4.00/$9.85 (según su nivel de Ayuda Extra [Extra Help])	Medicamentos genéricos: $0/$1.35/$3.95 Medicamentos de marca: $0/$4.00/$9.85 (según su nivel de Ayuda Extra [Extra Help])	Medicamentos genéricos: $0/$1.35/$3.95 Medicamentos de marca: $0/$4.00/$9.85 (según su nivel de Ayuda Extra [Extra Help])	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.
Distribución de costos Nivel 3 (Medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Texas Medicaid [estado])	$0 (hasta 31 días)	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de nivel 3.	$0 (hasta 34 días)	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o 93 días.	**El servicio de pedido por correo del plan** Un suministro para un mes o 93 días.	**Una farmacia de la red de atención a largo plazo** Un suministro para hasta 34 días.	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.
Distribución de costos **Nivel 4** (Medicamentos de venta libre [OTC] aprobados por Texas Medicaid [estado] que requieren una receta de su proveedor)	$0 (hasta 31 días)	El servicio de pedido por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.	$0 (hasta 34 días)	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden dar suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de sus gastos de bolsillo alcanza los $7,050. En ese punto, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

La EOB lo ayudará a llevar un registro de lo que usted ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de $7,050. Muchas personas no llegan al límite en un año.

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de $7,050 por sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes.

- Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

Si obtiene una cantidad de medicamento menor al suministro para un mes, el monto que usted paga dependerá de la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos el monto que usted paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de distribución de costos”) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.

- Este es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (suministro para 31 días) es de $1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es menor que $0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será menor que $0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será menor que $0.35.
- La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro de todo un mes.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro para menos de un mes completo de un medicamento, si esto le ayudará con lo siguiente:
  - planificar mejor cuando tenga que repetir la reposición de medicamentos,
  - coordinar las reposiciones con otros medicamentos que toma, **y**
  - no tener que ir tantas veces a la farmacia.

G. Vacunas

Nuestro plan cubre vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D consta de dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, es posible que, algunas veces, su médico le administre la inyección.

G1. Lo que debe saber antes de una vacunación

Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para Miembros cuando esté planeando una vacunación.

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle cuál es su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos usando proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Un proveedor dentro de la red debe trabajar con Amerigroup STAR+PLUS MMP para garantizar que usted no tenga costos iniciales para una vacuna de Medicare Parte D.

G2. Qué paga por una vacunación de Medicare Parte D

El monto que usted paga por una vacunación depende del tipo de vacuna (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas se cubren sin costo alguno para usted. Para conocer acerca de la cobertura de estas vacunas, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de Medicare Parte D.

Estas son tres maneras comunes de cómo puede recibir una vacuna de Medicare Parte D.

1. Recibe la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red y le colocan la inyección en la farmacia.
   - No deberá pagar ***o*** abonará un copago por la vacuna.

2. Recibe la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico, quien le coloca la inyección.

- No deberá pagar nada; ***o*** bien, deberá pagarle un copago al médico por la vacuna.
- Nuestro plan pagará el costo de la administración de la inyección.
- En este caso, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan de modo que podamos asegurarnos de que ellos sepan que usted no tiene que pagar nada ***o*** que solo tiene que pagar un copago por la vacuna.

3. Usted compra la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le coloque la inyección.

- No deberá pagar ***o*** abonará un copago por la vacuna.
- Nuestro plan pagará el costo de aplicarle la vacuna.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitarnos el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la cobertura Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos servicios o medicamentos 148

B. Cómo enviar una solicitud de pago 150

C. Decisiones de cobertura 151

D. Apelaciones 152

A. Cómo solicitarnos que paguemos servicios o medicamentos

Los proveedores de la red deben facturarle al plan por los servicios y medicamentos ya recibidos. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.

Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 149.

- Si los medicamentos o servicios están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y ya pagó un monto mayor al de su parte del costo, tiene derecho a que le reembolsen el pago.
- Si los medicamentos o servicios no están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debe haber pagado, o si recibió una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

Estos son ejemplos de momentos en los que puede tener que pedir a nuestro plan que le haga un reembolso o pague una factura que recibió:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o necesaria de forma urgente brindada por un proveedor fuera de la red**

   Debería pedir al proveedor que facture al plan.

   - Si usted paga el monto completo al momento de recibir la atención médica, debe pedirnos que le reembolsemos. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.
     - Si se le debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
     - Si ya ha pagado el servicio, le haremos el reembolso a usted.

2. Cuando un proveedor dentro de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Una facturación incorrecta/inapropiada es una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted más que el monto de la distribución de costos del plan por los servicios. **Llame a Servicios para Miembros si usted recibe alguna factura.**

- Debido a que Amerigroup STAR+PLUS MMP paga el costo completo de sus servicios, usted no es responsable del pago de ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor dentro de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya ha pagado una factura de un proveedor dentro de la red, envíenos la factura junto con pruebas de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos sus servicios cubiertos.

3. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

- Podemos cubrir recetas abastecidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte el Capítulo 5 para conocer más sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de identificación del miembro

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro consigo, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado que no está cubierto

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado porque el medicamento no tiene cobertura.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o podría estar sujeto a un requisito o una restricción que usted no conocía o no pensaba que se aplicaría a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
  - Si no paga el medicamento, pero considera que debe estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
  - Si usted y su médico u otro profesional que receta consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, podemos necesitar obtener más información de su médico o emisor de recetas con el fin de reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión sobre la cobertura”. Si decidimos que debe ser cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión.

Para informarse sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de servicios.

Para cerciorarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que llenar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.myamerigroup.com/TXmmp) o puede llamar a Servicios para Miembros y pedirlo.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Parte D:

IngenioRx

ATTN: Claims Department - Part D Services

PO Box 52077

Phoenix, AZ 85072-2077

Parte C:

Amerigroup MMP Claims Services

PO Box 61010

Virginia Beach, VA 23466-1010

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión sobre la cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o su medicamento están cubiertos por el plan. También decidiremos sobre el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el cuidado de la salud o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos información adicional de usted.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió las normas para recibir la atención o medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, se explican las normas para obtener la cobertura de sus servicios. En el Capítulo 5, se explican las normas para tener sus medicamentos recetados de Medicare Parte D cubiertos.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta en la que se le explicará la razón. La carta también detallará sus derechos para presentar una apelación.
- Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que debe pagar.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer más sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si quiere presentar una apelación para recibir un reembolso por un servicio de atención de la salud, vaya a la página 180.
- Si quiere presentar una apelación para recibir un reembolso por un medicamento, vaya a la página 192.

Capítulo 8: Sus derechos y obligaciones

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y obligaciones como miembro del plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Su derecho a recibir información de una manera que satisfaga sus necesidades 154

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos..... 155

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI) 157

C1. Cómo protegemos su PHI..... 157

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos 158

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos..... 162

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente 164

F. Su derecho a retirarse del plan..... 164

G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su atención médica 164

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su atención médica 164

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo..... 165

G3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones 166

H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 167

H1. Qué debe hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta o desea obtener más información sobre sus derechos 167

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 168

A. Su derecho a recibir información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea parte de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede entregarle materiales en idiomas diferentes al inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos e idiomas, como en español, en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número indicado en la parte inferior de esta página.

  Cuando llame, indique si su pedido es regular. Eso quiere decir que enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años.

  También puede llamarnos para cambiar o cancelar este pedido regular. Además, puede encontrar los documentos en línea, en www.myamerigroup.com/TXmmp.
- Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan debido a limitaciones de idioma o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a Texas Medicaid directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Texas Medicaid:
  - Llame al 1-800-252-8263 o 2-1-1. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 o 7-1-1. La llamada es gratuita.
  - Visite el sitio web de Texas Medicaid en www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home.

Su derecho a recibir información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea parte de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas.

- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos e idiomas, como en español, en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número indicado en la parte inferior de esta página.

  Cuando llame, indique si su solicitud es permanente. Eso quiere decir que le enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años.

  También puede llamarnos para cambiar o cancelar la solicitud permanente. También puede encontrar los documentos en línea aquí www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar directamente a Texas Medicaid para obtener ayuda con sus problemas. Aquí hay dos maneras de obtener ayuda de Texas Medicaid:

  - Llame al 1-800-252-8263 o al 2-1-1. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 o al 7-1-1. La llamada es gratuita.

  - Visite el sitio web de Texas Medicaid www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home.

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho a una oportunidad razonable de elegir un plan médico y un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.

- Un PCP es el médico o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3.

  - Llame a los Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.

- Usted tiene el derecho de cambiarse a otro plan o proveedor en una forma razonablemente fácil. Eso incluye el derecho a:
  - Ser informado de cómo elegir y cambiar su plan médico y su PCP.
  - Elegir cualquier plan médico que desee y que esté disponible en su área, y elegir su PCP de ese plan.
  - Que le informen la frecuencia con que puede cambiar de plan.
  - Que le digan sobre otros planes disponibles en su área.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para consultar a un profesional que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
  - Si no puede recibir servicios dentro de un tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir atención o servicios de emergencia que necesite de manera urgente sin una aprobación previa.
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de la red, sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Eso incluye el derecho a:
  - Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál cuidado de la salud es mejor para usted.
  - Aceptar o rechazar la atención recomendada por su proveedor.
- Tiene derecho a acceder oportunamente a la atención sin barreras de comunicación ni de acceso físico. Eso incluye el derecho a:
  - Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para recibir cualquier atención de emergencia o urgencia que necesite.

- Recibir atención médica de manera oportuna.
- Entrar al consultorio de un proveedor de cuidado médico y salir de este. Si tiene alguna discapacidad o afección que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley en favor de los Estadounidenses con Discapacidades.
- Contar con intérpretes, si es necesario, durante las citas con los proveedores y al comunicarse con su plan médico. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o lo ayudan a entender la información.
- Recibir información clara sobre las normas del plan médico, incluso cuáles son los servicios médicos que se ofrecen y cómo recibirlos.

En el Capítulo 9, se indica qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el Capítulo 9, también se indica qué puede hacer si le hemos negado la cobertura para sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con la decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo exigido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Nosotros le entregamos una notificación escrita que le informa de estos derechos. El aviso se llama “Aviso sobre prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea ni modifique sus registros.

En la mayoría de los casos, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinda atención médica ni paga los costos de su atención. Si lo hacemos, debemos obtener un permiso por escrito de su parte primero. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestro cuidado médico.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación o para otros usos, se hará de conformidad con las leyes federales. También estamos obligados a compartir sus registros médicos con Texas Medicaid.

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.

Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado médico para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber si se ha compartido su PHI con otras personas y la manera en que se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a los Servicios para Miembros.

Pueden hacerse modificaciones a este aviso. Para asegurarse de que está consultando la versión más reciente, puede solicitar la versión actual a Servicios para Miembros (el número de teléfono está impreso en la parte inferior de esta página) o visitar nuestro sitio web www.myamerigroup.com/TXmmp.

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan)

Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso se revisó por última vez en marzo de 2021.

Lea este aviso detenidamente. Aquí se indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI). Cuándo tenemos que pedirle su autorización antes de compartirla. Cuándo podemos compartirla sin su consentimiento. Y también, qué derechos tiene usted para ver y cambiar su información.

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley establece que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y los Centers for Medicare & Medicaid Services después de que sea elegible y se inscriba en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para que podamos aprobar y pagar su atención médica.

La legislación federal dice que debemos informarle lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos brinda, por escrito o almacenada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la protegemos. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física):
  - Mantenemos bajo llave nuestras oficinas y nuestros archivos.
  - Destruimos el papel con información de salud para que nadie acceda a ella.
- Almacenada en una computadora (llamada técnica):
  - Usamos contraseñas de forma que solo las personas autorizadas puedan acceder.
  - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Usada o compartida por el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
  - Implementamos normas para mantener la información segura (llamadas “políticas y procedimientos”).
  - Enseñamos a las personas que trabajan con nosotros a seguir las normas.

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?
Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que le ayude con su cuidado de la salud o lo pague, si usted nos autoriza. A veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su atención médica**
  - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros le brinden la atención que necesita.
- **Para pagos, tratamientos y operaciones de atención médica**
  - Para compartir la información con los médicos, las clínicas y otros que nos facturen por su atención.
  - Cuando decimos que pagaremos la atención médica o los servicios antes de que los reciba.
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, y para apoyarlo y ayudarlo a obtener los servicios y beneficios disponibles. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos proporcionarla para intercambios de información de salud para pagos, tratamientos y operaciones de atención médica. Si no quiere que proporcionemos su información, visite www.myamerigroup.com/pages/privacy.aspx para obtener más información.
- **Por razones relacionadas con la industria de la atención médica**
  - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario.
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas.
- **Por razones de salud pública**
  - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a impedir que las personas se enfermen o lastimen.
- **Con otras personas que ayuden con su cuidado o lo paguen**
  - Con su familia o una persona que usted elija que le ayude con su cuidado de la salud o lo pague, si usted nos autoriza.
  - Con una persona que lo ayude con su atención médica o la pague, si usted no puede expresarse por sí mismo y si es lo mejor para usted.

Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su atención médica, pagos, actividades diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que obtener su consentimiento por escrito antes de compartir información de psicoterapia sobre usted obtenida de su médico.

Usted debe informarnos por escrito que quiere revocar su consentimiento por escrito. No podemos recuperar la información ya usada o divulgada cuando obtuvimos su consentimiento. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos usar su PHI, o en que la ley nos obliga a hacerlo:

- Para ayudar a la policía y demás personas que garanticen el cumplimiento de la ley.
- Para reportar abuso y descuido.
- Para colaborar con los tribunales cuando se solicite.
- Para responder ante documentos legales.
- Para dar información a los organismos de supervisión sanitaria por temas como auditorías o exámenes.
- Para informar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios su nombre y la causa de muerte.
- Para ayudar cuando usted ha pedido donar sus órganos a la ciencia.
- Para investigación.
- Para evitar que usted u otros se enfermen o lesionen gravemente.
- Para ayudar a las personas que cumplen determinadas funciones en el gobierno.
- Para entregar información pertinente a la compensación laboral si usted se enferma o se lesiona en el trabajo.

¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, es nuestra obligación informarle. No obstante, no tenemos su registro médico completo. **Si quiere una copia de su registro médico completo, pídaselo a su médico o clínica médica.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, es nuestra obligación informarle.
- A veces, nos puede pedir que no divulguemos su PHI. Pero no estamos obligados a dar lugar a su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos para usted o de alguna otra forma. Podemos hacer esto si enviarla a la dirección que tenemos puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos de todas las veces que hemos divulgado su PHI a otra persona en los últimos seis años. Esto no abarcará las veces que la hayamos compartido debido a atención médica, pago, actividades diarias de atención médica o algunas otras razones que no mencionamos aquí. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, es nuestra obligación informarle.
- Puede pedir una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, aunque lo haga por correo electrónico.
- Si usted paga la factura completa de un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información acerca de ese servicio con nosotros.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos informarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en esta notificación.
- Debemos enviarle su PHI a alguna otra dirección o enviarla por otro medio diferente del correo regular si usted lo pide por motivos razonables; por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen que tenemos que hacer más de lo aquí señalado, obedeceremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

Podemos ponernos en contacto con usted

Nosotros, junto con nuestros socios o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. También puede llamar al 1-844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras normas de privacidad o desea ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784**. Si usted es sordo o tiene dificultades auditivas, llame a TTY: **711**.

¿Qué debe hacer si tiene un reclamo?

Estamos aquí para ayudarlo. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Nada malo le pasará si presenta un reclamo.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young St., Suite 106
Dallas, TX 75202
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 202-619-3818

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la forma en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos acerca de los cambios en un boletín. También los publicaremos en el sitio web **www.myamerigroup.com/pages/privacy.aspx**.

Raza, etnia e idioma
Recibimos información sobre su raza, etnia e idioma de la agencia estatal de Medicaid y los Centers for Medicare & Medicaid Services. Protegemos esta información como se describe en este aviso.

Usamos esta información para lo siguiente:
- Garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Desarrollar y enviar información sobre educación de salud.
- Informar a los médicos sobre sus necesidades en cuanto al idioma.
- Proporcionar servicios de traducción.

No usamos esta información para lo siguiente:
- Emitir un seguro médico.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Revelarla a usuarios no autorizados.

Su información personal
Podemos solicitar, usar y compartir información personal (PI) tal como lo indicamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.
- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
  - Salud
  - Hábitos
  - Pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
  - Médicos
  - Hospitales
  - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- Se lo haremos saber antes de hacer cualquier cosa, en donde tenemos que darle la oportunidad para que diga que no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Revisado en marzo de 2021.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP, tiene derecho a obtener información de nosotros. Si usted no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérprete para contestar cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan médico. Para obtener servicios de un intérprete, llámenos al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Este servicio es gratuito. Puede obtener el material escrito en español. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Llame a los Servicios para Miembros si desea información sobre lo siguiente:

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan, incluso:
  - Información financiera.
  - Cómo han calificado el plan los miembros.
  - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros.
  - Como retirarse del plan.
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluso:
  - Cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria.
  - Las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red.
  - Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para ver la lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web www.myamerigroup.com/TXmmp.
- Servicios y medicamentos cubiertos y normas que usted debe cumplir, incluso:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
  - Límites de su cobertura y medicamentos.
  - Normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- Los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto, incluso solicitarnos:
  - Que le expliquemos por escrito los motivos por lo que algo no está cubierto.
  - Que cambiemos una decisión que tomamos.
  - Que paguemos una factura que usted recibió.

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden hacerlo pagar por los servicios cubiertos. Ellos tampoco pueden hacerle un cargo si pagamos menos de lo que el proveedor nos cobró. Para informarse sobre qué hacer si un proveedor dentro de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

F. Su derecho a retirarse del plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere. Puede dejar el plan en cualquier momento durante el año.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.
- Puede recibir sus beneficios para medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios para medicamentos recetados.
- Si se retira del plan, igual recibirá sus beneficios de Texas Medicaid a través de Amerigroup u otra organización de atención administrada de Texas Medicaid. Para cambiar de plan, llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 (TTY: 711 o 1-800-735-2989), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro.

G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su atención médica

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de cuidado médico cuando recibe atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda entender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los posibles riesgos. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.

- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir un tratamiento.
- **Decir "no**". Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no será expulsado del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Solicitarnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor negó la atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que no suele tener cobertura.** Esto se denomina "decisión sobre la cobertura". En el Capítulo 9, se indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas. Antes de que esto suceda, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario para **entregarle a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted**.
- **Brindar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que lleven adelante su atención médica si ya no puede tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina "directiva anticipada". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y un Poder legal para cuidado médico.

No tiene obligación de dar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que proporcionan información sobre Medicare o Texas Medicaid, como las Agencias del área especializadas en la tercera edad (AAA), el Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, también pueden tener formularios de directivas anticipadas.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.

- **Entregue copias a las personas que necesitan saberlo.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Quizás desee también darles copias a amigos o familiares cercanos. Asegúrese de guardar una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo lleva consigo.

Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es usted quien decide si quiere completar una directiva anticipada o no.

G3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar un reclamo ante:

Reclamo contra los centros de atención médica

Línea directa de reclamos: 1-888-973-0022

Dirección postal:

Health and Human Services Commission

Complaint and Incident Intake

Mail Code E-249

PO Box 149030

Austin, TX 78714-9030

Reclamo contra centros que tratan el abuso de sustancias o drogas

Línea directa de reclamos: 1-512-834-6650 Opción 8

Dirección postal:

Health and Human Services Commission

Complaint and Incident Intake

Mail Code E-249

PO Box 149030

Austin, TX 78714-9030

Reclamo contra médicos

Línea directa de reclamos: 1-800-201-9353

Dirección postal:

Texas Medical Board

Investigations Department

Mail Code 263

PO Box 2018

Austin, TX 78768-2018

H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

En el Capítulo 9, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación ante nosotros para que cambiemos una decisión sobre la cobertura o presentar un reclamo. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial del estado en cualquier momento.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros.

Tiene derecho a recibir una respuesta oportuna a un reclamo.

H1. Qué debe hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta o desea obtener más información sobre sus derechos

Si siente que ha sido tratado de manera injusta, pero que **no** lo han discriminado por los motivos indicados en el Capítulo 11, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a los siguientes servicios o programas:

- Servicios para Miembros.
- State Health Insurance Assistance Program (SHIP). En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) de Texas. Para obtener información detallada sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento "Medicare Rights & Protections" [Derechos y protecciones de Medicare] en el sitio web de Medicare, www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- La Oficina de Defensoría de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) ayuda a personas inscritas en Texas Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden suministrar ayuda para presentar un reclamo o una apelación a nuestro plan. La HHSC Office of the Ombudsman es un programa independiente y los servicios son gratuitos.
    - **Llame al:** 1-866-566-8989 (TTY: 1-800-735-2989). Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número).
    - **Escriba a:** Texas Health and Human Services Commission
      Office of the Ombudsman, MC H-700
      PO Box 13247
      Austin, TX 78711-3247
    - **En línea:** https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/hhs-office-ombudsman

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de realizar lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos. Para conocer más detalles sobre:
    - Los servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. En esos capítulos, se le informa lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que usted paga.
    - Los medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos recetados** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de cuidado médico** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro siempre que reciba servicios o medicamentos.

- **Ayude a que sus médicos** y otros proveedores de cuidado médico le brinden la mejor atención.
  - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus proveedores acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Sus médicos y otros proveedores deben explicar las cosas de una manera que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores. Esperamos que cancele sus citas con anticipación cuando no pueda ir y que vaya a sus citas programadas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de efectuar los siguientes pagos:
  - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP, Texas Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
  - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Este será un copago (un monto fijo). En el Capítulo 6, se indica lo que debe pagar por sus medicamentos.
  - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Para informarse sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Amerigroup STAR+PLUS MMP. En el Capítulo 1, se indica nuestra área de servicio.

  - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el periodo especial de inscripción, usted puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - Además, asegúrese de informarle a Medicare y Texas Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para conocer los números de teléfono de Medicare y Texas Medicaid.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.
- Tiene que respetar las políticas y procedimientos del plan médico. Eso incluye la obligación de:
  - Asegurarse de contar con la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de ir a un especialista.
- Debe compartir información acerca de su salud con su proveedor de atención primaria y saber acerca de sus opciones de servicio y tratamiento. Eso incluye la obligación de:
  - Ayudar a los proveedores a obtener sus registros médicos.
  - Trabajar en equipo con su coordinador de servicios para decidir cuál es el mejor cuidado de la salud para usted.
- Usted es responsable si usa Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT). Eso incluye la obligación de:
    - Proporcionar la información solicitada por la persona que coordina o verifica el transporte. (También debe comunicarse con la persona lo antes posible si hay algún cambio y usted ya no necesita el servicio de NEMT.)
    - Observar todas las normas y regulaciones que afectan los Servicios de NEMT.
    - Ser respetuoso. (No maltratar ni acosar a nadie verbal, física o sexualmente al solicitar u obtener los Servicios de NEMT.)
    - Devolver los fondos anticipados sin utilizar. (Proporcionar prueba de que usted concurrió a la cita médica antes de obtener fondos anticipados en el futuro.)
    - Conservar los boletos o vales de autobús. (No los pierda. Solo use los boletos o vales de autobús para concurrir a la cita médica y devuelva los que no use.)

  - Usar los Servicios de NEMT **solo** para ir y volver de su cita médica.
  - Comuníquese con la línea de Servicios de NEMT de inmediato al 1-844-869-2767 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora local) si perdió o le robaron los boletos.
- Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame al número gratuito del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea aquí www.hhs.gov/ocr.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de la cobertura, apelaciones, reclamos)

Introducción

Este capítulo tiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene algún problema o reclamo en cuanto a la calidad del cuidado.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su cuidado.
- Piensa que sus servicios van a terminar demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en secciones diferentes para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca.

Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o con los servicios y apoyos a largo plazo

Usted debe recibir cuidado de la salud, medicamentos y servicios y aparatos de apoyo de largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a la HHSC Ombudsman's Office al 1-866-566-8989 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las opciones que tiene para diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a la HHSC Ombudsman's Office para ayudar a guiarlo a través de su problema.

Si desea conocer recursos adicionales que le permitan abordar sus inquietudes y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema 175

A1. Acerca de los términos legales 175

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda 175

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda 175

C. Problemas con sus beneficios 176

C1. Uso del procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones o reclamos 176

D. Decisiones sobre cobertura y apelaciones 177

D1. Información general de las decisiones de cobertura y apelaciones 177

D2. Ayuda con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones 177

D3. Uso de la sección de este capítulo que lo ayudará 178

E. Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D) 180

E1. Cuándo usar esta sección 180

E2. Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura 181

E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D) 183

E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D) 187

E5. Problemas de pago 191

F. Medicamentos de la Parte D 192

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 192

F2. Qué es una excepción 194

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones 195

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción 196

F5. Apelación de nivel 1 sobre medicamentos de la Parte D 199

F6. Apelación de nivel 2 sobre medicamentos de la Parte D 201

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más larga 203

G1. Conozca sus derechos de Medicare 204

G2. Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital 204

G3. Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital 207

G4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para la apelación? 208

H. Qué debe hacer si considera que el cuidado médico en el hogar, el cuidado especializado de enfermería o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto 210

H1. Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura 210

H2. Apelación de nivel 1 para continuar recibiendo atención 211

H3. Apelación de nivel 2 para continuar recibiendo atención 213

H4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1? 214

I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 216

I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 216

I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Texas Medicaid 216

J. Cómo presentar un reclamo 216

J1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos 216

J2. Reclamos internos 218

J3. Reclamos externos 219

A. Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo se le indica qué hacer si tiene un problema con su plan, con los servicios o con el pago. Medicare y Texas Medicaid han aprobado estos procesos. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nuestro plan deben cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas normas y plazos en este capítulo. Varios de estos términos pueden ser difíciles de entender; por eso, hemos utilizado vocabulario sencillo en lugar de ciertos términos legales. Hemos reducido en lo posible el uso de abreviaciones.

Por ejemplo, diremos lo siguiente:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “presentar una queja formal”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación sobre la cobertura”.
- “Decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con más claridad y es por ello que también los proporcionamos.

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces puede ser confuso iniciar o dar seguimiento al proceso para tratar un problema. En especial, puede ser confuso si no se siente bien o se siente agotado. En otras ocasiones, tal vez no sepa cómo seguir adelante.

Puede recibir ayuda de la HHSC Ombudsman’s Office

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la HHSC Ombudsman’s Office. La HHSC Ombudsman’s Office puede responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. Para obtener más información sobre los programas de defensoría, consulte el Capítulo 2.

La HHSC Ombudsman’s Office no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. Pueden ayudarlo a entender qué proceso utilizar. El número de teléfono de la HHSC Ombudsman’s Office es 1-866-566-8989. Los servicios son gratuitos.

Puede recibir ayuda del State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

También puede llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para resolver su problema. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico.

El SHIP tiene asesores capacitados y sus servicios son gratuitos. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP). El número de teléfono del HICAP es 1-800-252-3439.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

Cómo recibir ayuda de Texas Medicaid

Puede llamar a Texas Medicaid directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Texas Medicaid:

- Llame al 1-800-252-8263 o 2-1-1. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 o 7-1-1. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Texas Medicaid en www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home.

C. Problemas con sus beneficios

C1. Uso del procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones o reclamos

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura? (Esto incluye problemas relacionados con determinar si se cubren ciertos medicamentos recetados o cierta atención médica, de qué forma se cubren y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o de la atención médica).	
Sí. Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección D: "Decisiones de cobertura y apelaciones"** en la página 177.	**No.** Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura. Vaya directamente a la **Sección J: "Cómo presentar un reclamo"** en la página 216.

D. Decisiones sobre cobertura y apelaciones

D1. Información general de las decisiones sobre cobertura y apelaciones

El proceso para las decisiones de la cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. También incluye problemas con el pago.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión sobre la cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Texas Medicaid, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión sobre la cobertura antes de que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podemos decidir que un servicio, artículo o medicamento que desea no esté cubierto o que deje de estar cubierto por Medicare o Texas Medicaid. Si usted o su médico están en desacuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

D2. Ayuda con las decisiones de la cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo llamar para pedirle ayuda con las decisiones de la cobertura o la presentación de una apelación?

Les puede pedir ayuda a las siguientes personas:

- Llame a **Servicios para Miembros** al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).
- Llame a la **HHSC Ombudsman's Office** para recibir ayuda gratuita. La Oficina de Defensoría de la HHSC ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es 1-866-566-8989.
- Llame al **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)** para recibir ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No tiene relación con este plan. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP). El número de teléfono es 1-800-252-3439.
- Hable con **su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.

- Hable con un **amigo o miembro de la familia** y pídale que actúe por usted. Puede designar a otra persona para que sea su "representante" en la solicitud de una decisión sobre la cobertura o la presentación de una apelación.
  - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de "Designación de representante".
  - También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le dará a la persona la autorización para actuar por usted. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su abogado o solicitar que le recomienden uno en el colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le brindarán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos. Si desea un abogado como representante, deberá completar el formulario de designación de representante.
  - Sin embargo, **no es necesario que cuente con un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.

D3. Uso de la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Dividimos este capítulo en diferentes secciones para que pueda encontrar las normas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- En la **Sección E**, **página 180**, se le brinda información si tiene problemas con respecto a servicios, artículos y medicamentos (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  - No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre este cuidado.
  - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea darle y usted cree que este cuidado debe ser cubierto.
    - **NOTA:** Solo consulte la Sección E si los medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, marcados con un asterisco (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F, página 192, para informarse sobre las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.
  - Recibió atención médica o servicios médicos que piensa deberían ser cubiertos, pero no pagaremos esta atención.

  - Recibió y pagó servicios médicos o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea solicitarnos que le brindemos un reembolso.
  - Se le informa que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es de cuidado hospitalario, cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Consulte las Secciones G y H, páginas 203 y 210.

- En la **Sección F**, **página 192**, se le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  - Desea pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
  - Desea solicitarnos que renunciemos a los límites de la cantidad del medicamento que usted puede conseguir.
  - Desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  - No aprobamos su solicitud o excepción y usted, su médico u otro emisor de recetas cree que deberíamos haberlo hecho.
  - Desea solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya ha adquirido. (Se trata de solicitar una decisión sobre cobertura relacionada con el pago).
- En la **Sección G**, **página 203**, se le brinda información sobre cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si piensa que el médico le está dando de alta muy pronto. Use esta sección si:
  - Está en el hospital y cree que el médico le dio el alta demasiado pronto.
- En la **Sección H**, **página 210**, se le brinda información si considera que el cuidado médico en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la HHSC Ombudsman's Office al 1-866-566-8989.

E. Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección describe qué hacer si tiene problemas con los beneficios para sus servicios médicos, de salud del comportamiento y de cuidado a largo plazo. También puede usar esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos en la Lista de medicamentos marcados con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F sobre apelaciones de medicamentos de la Parte D.

En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones que se describen a continuación:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o de cuidado a largo plazo que usted necesita, pero no está recibiendo.

   Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Vaya a la Sección E2, página 181, para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Vaya a la Sección E3, página 183, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección E3, página 183, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea que le reembolsemos los servicios o artículos.

   Qué puede hacer: Puede solicitarnos un reembolso. Vaya a la Sección E5, página 191, para obtener información sobre cómo solicitarnos un pago.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para un determinado servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir, cambiar o suspender el servicio. Vaya a la Sección E3, página 183, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es de cuidado hospitalario, cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican normas especiales. Lea las Secciones G o H, páginas 203 y 210, para más información.

E2. Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura para recibir servicio médico, de salud del comportamiento o de atención a largo plazo

Para solicitar una decisión sobre la cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al: **1-855-878-1784** TTY: **711**.
- Puede enviarnos un fax al: 1-866-959-1537
- Puede escribirnos a: MMP Clinical Department

  5959 Corporate Drive, Suite 1300

  Houston, TX 77036

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión sobre la cobertura?

Por lo general, demora hasta 3 días hábiles después de su solicitud, a menos que la solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Parte B. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, tomaremos una decisión en el plazo de 72 horas de recibir su solicitud. Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 3 días hábiles (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), puede presentar una apelación.

¿Puedo obtener una decisión sobre la cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le avisaremos de nuestra decisión en 1 día hábil (o en 24 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B).

> El **término legal** para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Cómo pedir una decisión rápida sobre la cobertura:

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) o enviarnos un fax al 1-866-959-1537. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2.

- También puede hacer que su médico o su representante nos llame.

Estas son las normas para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

Debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión rápida sobre la cobertura:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si solicita cobertura para atención médica o un artículo que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud es para el pago de atención médica o un artículo que ya recibió).

2. Puede recibir una decisión rápida sobre la cobertura **solo si el plazo estándar de 3 días hábiles (o de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B) podría perjudicar gravemente su salud o sus capacidades funcionales.**

   - Si su médico dice que usted necesita una decisión rápida sobre la cobertura, se la brindaremos automáticamente.

   - Si pide una decisión rápida sobre la cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si le damos una decisión sobre la cobertura rápida.

     - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 3 días hábiles (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B).

     - En esta carta, se le informará que si su médico pide la decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.

     - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos reclamos rápidos, consulte la sección J, página 216.

Si la decisión sobre la cobertura es negativa, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le indicaremos los motivos de la **denegación**.

- Si **rechazamos** la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.

- Si decide presentar una apelación, significa que estará pasando al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la siguiente sección para obtener más información).

E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor están en desacuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a la HHSC Ombudsman's Office al 1-866-566-8989. La HHSC Ombudsman's Office no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico.

¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de nivel 1 es la primera apelación de nuestro plan. Revisaremos su decisión sobre la cobertura para verificar si es correcta. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original de la cobertura. Cuando terminemos la revisión, le informaremos nuestra decisión por escrito.

Si luego de nuestra revisión le informamos que el servicio o el artículo no están cubiertos, su caso pasará a una apelación de nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos por las apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Puede solicitarnos una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden poner por escrito su solicitud y mandarla por correo o fax. También puede pedir una apelación llamándonos.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted quiere apelar. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para presentar la apelación** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación.
- Siga leyendo esta sección para saber qué plazo aplica a su apelación.

- Si solicita una apelación estándar o rápida, presente la apelación por escrito o llámenos.
  - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:

    Amerigroup STAR+PLUS MMP - Complaints, Appeals, and Grievances

    Mailstop: OH0205-A537

    4361 Irwin Simpson Road

    Mason, OH 45040
  - También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

> El **término legal** para "apelación rápida" es "**reconsideración acelerada**".

¿Puede otra persona realizar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted. Además de su médico u otro proveedor, otras personas pueden presentar la apelación por usted, pero antes esta persona debe completar el formulario de "Designación de Representante". El formulario le otorga permiso a la persona para que actúe en su nombre.

Para obtener un formulario de "Designación de Representante", llame a Servicios para Miembros y solicite uno, o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web https://www.myamerigroup.com/txmmp/benefits/grievances-appeals.html.

Si la apelación la realiza otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de "Designación de Representante" completo antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para notificarle nuestra decisión.

Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son si tuvo una enfermedad grave o si le brindamos la información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación. Debe explicar la razón por la cual hizo su apelación tarde cuando la presente.

NOTA: Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para presentar la apelación** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Lea "¿Mis beneficios continuarán durante las apelaciones de nivel 1?" en la página 187 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Pídanos una copia gratuita llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original. Si la decisión original estuvo basada en una falta de necesidad médica, entonces el revisor será un médico.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo me enteraré de la decisión sobre la apelación "estándar"?

Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su apelación (o en el plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B). Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su condición médica así lo requiere.

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomar hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos reclamos rápidos, consulte la sección J, página 216.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días calendario (o 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B) o antes de que finalicen los días adicionales (si los tomamos), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Le notificaremos cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección E4, página 187.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o dar la cobertura en el plazo de 30 días calendario de recibir su apelación (o en el plazo de 7 días calendario de recibir su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, en la carta se le indicará cómo debe presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección E4, página 187.

¿Cuándo me enteraré de la decisión sobre la apelación "rápida"?

Si pide una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo.
  No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos reclamos rápidos, consulte la sección J, página 216.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalicen los días adicionales (si los tomamos), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Le notificaremos cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección E4, página 187.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, en la carta se le indicará cómo debe presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección E4, página 187.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelación de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue aprobado previamente, le enviaremos un aviso antes de realizar la acción. Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de nivel 1 y solicitar que continuemos sus beneficios. Usted debe **realizar la solicitud en las fechas que se indican a continuación o antes, lo que suceda último,** a fin de continuar sus beneficios:

- En un plazo de 10 días hábiles desde la fecha del envío por correo de nuestra notificación de acción; **o**
- La fecha de entrada en vigencia pretendida de la acción.

Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se está procesando su apelación.

E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza la apelación de nivel 1, ¿qué sucede después?

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta, se le indicará si el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare y/o Texas Medicaid.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente obtendrá una apelación de nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE), en cuanto se complete la apelación de nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Texas Medicaid**, puede solicitar una apelación de nivel 2 (que se conoce como audiencia imparcial) ante la División de Apelaciones de la Texas Health and Human Services Commission (HHSC). En la carta, se le indicará cómo hacerlo. La información también aparece aquí debajo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y por Texas Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la IRE. También puede pedir una apelación de nivel 2 (conocida como audiencia imparcial) ante la HHSC Appeals Division.

¿Qué es una apelación de Nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es una apelación externa, realizada por una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización para apelaciones de nivel 2 de Medicare es la Entidad de Revisión Independiente (IRE). La apelación de nivel 2 de Texas Medicaid se conoce como audiencia imparcial. Las solicitudes para una audiencia imparcial se presentan ante Amerigroup STAR+PLUS MMP, pero son revisadas por la HHSC Appeals Division.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Texas Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 para servicios y artículos de Texas Medicaid se conoce como “audiencia imparcial”.

Si desea solicitar una audiencia imparcial, debe comunicarse con Amerigroup STAR+PLUS MMP por escrito. Enviaremos su solicitud de Audiencia imparcial a la HHSC Appeals Division. Usted o su representante deben pedir una audiencia imparcial **en un plazo de 120 días** a partir de la fecha que figura en la carta donde se le informa que rechazamos su apelación de nivel 1 ante nuestro plan. Si tiene un buen motivo para estar tarde, la HHSC Appeals Division puede extenderle este plazo.

Envíe por correo su solicitud por escrito a:

Fair Hearing Coordinator

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan)

5959 Corporate Drive, Suite 1300

Houston, TX 77036

También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Podemos ayudarlo con esta solicitud. Si necesita una decisión rápida debido a su salud, debe llamar a Servicios para Miembros para pedir una audiencia imparcial acelerada.

Después de que la HHSC Appeals Division reciba su solicitud de audiencia, usted recibirá un paquete informativo con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las Audiencias imparciales se hacen por teléfono. Durante la audiencia, usted o su representante pueden informarle al oficial de la audiencia por qué necesita el servicio que nosotros denegamos.

La HHSC Appeals Division le dará una decisión final en un plazo de 90 días desde la fecha en que usted pidió la audiencia. Si califica para una audiencia imparcial acelerada, la HHSC Appeals Division debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas. Sin embargo, si la HHSC Appeals Division necesita recopilar más información que pueda ser de ayuda para usted, puede tomar hasta 14 días calendario más.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación de nivel 2?

Una Entidad de Revisión Independiente (IRE) realizará una revisión cuidadosa de la decisión de nivel 1 y determinará si debe ser modificada.

- No necesita solicitar una apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Le notificaremos cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no tiene ninguna relación con este plan.

- Puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

La IRE debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de 30 días calendario de haber recibido su apelación (o en el plazo de 7 días calendario de recibir su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B). Esta norma se aplica si envió la apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda ser de beneficio para usted, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicará por medio de una carta. La IRE no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una “apelación rápida” en el nivel 1, tendrá una apelación rápida en el nivel 2 automáticamente. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda ser de beneficio para usted, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicará por medio de una carta. La IRE no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Qué ocurre si mi servicio o artículo tiene cobertura tanto de Medicare como de Texas Medicaid?

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Texas Medicaid, enviaremos la apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente automáticamente. También puede solicitar una audiencia imparcial. Las solicitudes para una audiencia imparcial se presentan ante Amerigroup STAR+PLUS MMP, pero son revisadas por la HHSC Appeals Division. Siga las instrucciones de la página 187.

¿Mis beneficios continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2?

Si su problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare o **por Medicare y Texas Medicaid**, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante las apelaciones de nivel 2.

Si su problema tiene relación con un servicio cubierto **solo por Texas Medicaid**, sus beneficios para ese servicio continuarán durante la apelación de nivel 2 si:

- Su apelación es sobre nuestra decisión de reducir o detener un servicio que fue autorizado previamente; y

- Usted solicita una apelación de nivel 2 (audiencia imparcial) en un plazo de 10 días hábiles de nuestra carta en la que le informamos que denegamos su apelación de nivel 1 o antes de la fecha de entrada en vigencia pretendida de la acción, lo que sea posterior.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación de nivel 2 (audiencia imparcial) pasó a la HHSC Appeals Division, recibirá una notificación escrita de la decisión respecto de la audiencia.

- Si la HHSC Appeals Division **acepta** parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar la cobertura en el plazo de 72 horas de la fecha en que recibimos la decisión de la audiencia.
- Si la HHSC Appeals Division **rechaza** parte o la totalidad de lo que usted solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”.

Si su apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRE.
- En el caso de los medicamentos recetados de Medicare Parte B, si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que usted solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B en un plazo de 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento recetado de Medicare Parte B en un plazo de 24 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”.

¿Qué ocurre si apelé tanto ante la Entidad de Revisión Independiente como ante la HHSC Appeals Division, y toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la HHSC Appeals Division deciden que **aceptan** parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le proporcionaremos el servicio o artículo aprobado que sea lo más cercano a lo que solicitó en la apelación.

Si se rechaza parte o la totalidad de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de nivel 2 (audiencia imparcial) pasó a la HHSC Appeals Division, usted puede apelar de nuevo solicitando una revisión administrativa. En la carta que reciba de la HHSC Appeals Division, se describirá esta siguiente opción de apelación.

Si su apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado. La carta que reciba de la IRE le explicará otros derechos de apelación que usted pueda tener.

Consulte la Sección I, página 216, para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

E5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de la red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio o artículo cubierto. A usted nunca se le exige que pague el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago correspondiente a los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos de Amerigroup STAR+PLUS MMP.

Si recibe una factura por un monto superior a su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que le envió un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

¿Puedo pedirles que me reembolsen su parte de un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que si recibe una factura por un monto superior a su copago por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagar la factura. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para recibir servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión sobre cobertura. Determinaremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y verificaremos si siguió todas las normas para utilizar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo del servicio o artículo en el plazo de 60 días calendario de haber recibido su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión sobre la cobertura.

- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta que le indica que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos la razón.

¿Qué sucede si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la Sección E3, página 183. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle una respuesta en el plazo de 60 días calendario de recibir su apelación.
- Si nos está pidiendo reembolso por un servicio o artículo que ya recibió y pagó usted mismo, no puede pedir una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) automáticamente. Le enviaremos una carta para avisarle si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y afirma que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, eso implica que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”). La carta que reciba le explicará otros derechos de apelación que usted pueda tener. Puede apelar otra vez solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Consulte la Sección I, página 216, para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y Texas Medicaid suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta (consulte la Sección E4, página 187).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero es posible que los cubra Texas Medicaid. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos marcados con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura

relacionadas con los medicamentos marcados con un asterisco (*) siguen el proceso indicado en la Sección E, página 180.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Puede solicitarnos que hagamos una excepción, como por ejemplo:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan
  - Pedirnos que renunciemos a una restricción en la cobertura de un medicamento del plan (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir)
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes que podamos cubrirlo en su caso)

NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede abastecerse, recibirá una notificación en la que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

- Nos pide que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Se trata de solicitar una decisión sobre cobertura relacionada con el pago.

> El **término legal** para una decisión de cobertura relacionada con los medicamentos de la Parte D es “**determinación sobre la cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se indica cómo pedir decisiones de la cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Use el cuadro a continuación para ayudarse a decidir cuál sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos una norma o restricción de un medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos una medicina de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con las normas o restricciones (por ejemplo, obtener aprobación previa) para obtener la medicina que necesita?	¿Desea pedirnos que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó?	¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos la medicina de la forma en que usted desea que se cubra o pague?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura).	**Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.**	**Puede solicitarnos un reembolso.** (Este es un tipo de decisión sobre cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que solicita que reconsideremos la decisión).
Comience con la **Sección F2**, página 194. Consulte también las **Secciones F3 y F4**, páginas 195 y 196.	Vaya directamente a la **Sección F4**, página 196.	Vaya directamente a la **Sección F4**, página 196.	Vaya directamente a la **Sección F5**, página 199.

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando pide una excepción, su médico u otro emisor de recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

A continuación, se describen ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro emisor de recetas pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
   - Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de la distribución de costos que aplica a los medicamentos del Nivel 2.
   - No puede pedir una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Eliminar una restricción en nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
   - Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
     - Que se exija usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se llama “autorización previa”).
     - Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se llama “terapia escalonada”).
     - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.

> El **término legal** para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento se conoce como “**excepción al formulario**”.

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico u otro emisor de recetas deben explicarnos las razones médicas

Su médico u otro emisor de la receta deben enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información provista por su médico u otro emisor de la receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de una excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Esto regirá siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. En la Sección F5, página 199, se indica cómo presentar una apelación si la **rechazamos**.

En la sección siguiente, se explica cómo solicitar una decisión sobre cobertura, incluida una excepción.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué debe hacer

- Pida el tipo de decisión sobre la cobertura que desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro emisor de recetas) puede hacerlo. Puede llamarnos al 1**-833-232-1711** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Usted o su médico (u otro emisor de recetas) o quien actúe en su nombre puede solicitar una decisión sobre la cobertura. Asimismo, un abogado puede actuar en su nombre.
- Lea la Sección D, página 177, para saber cómo dar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No necesita darle permiso por escrito a su médico u otro emisor de recetas para que nos solicite una decisión sobre la cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso.

Panorama general: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura de un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante, médico u otro emisor de recetas que haga la solicitud.
Le daremos una respuesta respecto de la decisión de cobertura estándar en 72 horas.
Le daremos una respuesta respecto del reembolso por un medicamento de la Parte D que ya pagó en el plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración justificadora de su médico u otro emisor de recetas.
- Usted, su médico u otro emisor de recetas pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen tardar 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre plazos de decisión.

Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.

- Si está pidiendo una excepción, proporcione la “declaración justificadora”. Su médico u otro emisor de recetas deben darnos las razones médicas por las que necesita la excepción de medicamentos. Denominamos esto la “declaración justificadora”.
- Su médico u otro emisor de recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”

Utilizaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado utilizar un “plazo rápido”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

> El **término legal** para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Podrá obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido.** (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si nos está pidiendo reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si respetar los plazos estándares podría perjudicar gravemente su salud o sus capacidades funcionales.**

Si su médico u otro emisor de recetas nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida sobre la cobertura y se lo explicaremos en la carta.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura usted mismo (sin el apoyo del médico u otro emisor de recetas), decidiremos si le brindemos una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requerimientos para una decisión rápida sobre la cobertura, en su lugar usaremos los plazos estándares.
    - También le enviaremos una carta para informarle sobre eso. La carta le dirá cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.

- Puede presentar un “reclamo rápido” y recibir una respuesta a su reclamo en 24 horas. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos reclamos rápidos, consulte la sección J, página 216.

Plazos para una “decisión rápida sobre la cobertura”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en 24 horas. Esto significa en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud. O bien, si solicita una excepción, significa en el plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración que justifique su solicitud por parte de su médico o del médico que le receta los medicamentos. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o la declaración que justifique su solicitud por parte de su médico o el médico que le receta los medicamentos.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” de un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. O bien, si solicita una excepción, significa en el plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración justificadora por parte de su médico o del médico que le receta los medicamentos. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o, si pide una excepción, la declaración justificadora de su médico o del médico que le receta los medicamentos.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” relacionada con el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de nivel 1 sobre medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro emisor de recetas, o su representante debe comunicarse con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-833-232-1711** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si desea una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamándonos.
- Debe realizar su solicitud de apelación **en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para comunicarle nuestra decisión. Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Por ejemplo, un buen motivo para no cumplir con el plazo puede ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para presentar una apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia de la información con respecto a su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios de Farmacia para Miembros al **1-833-232-1711** (TTY: **711**), las 24 horas, los 7 días de la semana.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o emisor de recetas, o su representante pueden poner por escrito su solicitud y mandárnosla por correo o fax. También puede pedir una apelación llamándonos.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted quiere apelar. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Usted, su médico, su emisor de recetas o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre plazos de decisión.

El **término legal** para una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura respecto de un medicamento de la Parte D se llama **"redeterminación"**.

Si lo desea, usted y su médico u otro emisor de recetas pueden aportarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si usted apela una decisión de nuestro plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro emisor de recetas deberán decidir si es necesaria una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida sobre la cobertura", que se especifican en la Sección F4, página 196.

El término legal para una "apelación rápida" es **"redeterminación acelerada".**

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Examinamos detalladamente toda la información sobre la solicitud de cobertura. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted, con su médico u otro emisor de recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original de la cobertura.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación o antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario de recibir su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su apelación. Si considera que su estado de salud lo requiere, deberá solicitar una "apelación rápida".
- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibir su apelación o 14 días si usted solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de nivel 2 sobre medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o realizar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe estar por escrito. En la carta que enviamos sobre nuestra decisión respecto de la apelación de nivel 1, se le explicará cómo solicitar una apelación de nivel 2.

- Cuando presenta una apelación ante la IRE, les enviamos a ellos su expediente del caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso y, para ello, debe llamar a Servicios de Farmacia para Miembros al **1-833-232-1711** (TTY: **711**), las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que se explique su decisión.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar una solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted quiere apelar. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Usted, su médico u otro profesional que receta, o su representante pueden solicitar la apelación de nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre plazos de decisión.

El **término legal** para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para una “apelación rápida” de nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE acuerda concederle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la decisión.

Plazos para una "apelación estándar" de nivel 2

- Si presenta una apelación estándar de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 7 días calendario de recibir su apelación, o de 14 días calendario si solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de recibir la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

El **rechazo** significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se conoce como "confirmación de la decisión". También se llama "rechazo de la apelación".

Si desea pasar al nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor monetario mínimo. Si el valor monetario es menor que el mínimo, no puede hacer más apelaciones. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. En la carta que reciba de la IRE, se le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelaciones.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más larga

Al internarse en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted con el fin de prepararse para el día en que abandone el hospital. También ayudarán a organizar el cuidado que pueda necesitar después de dejar el hospital.

- El día que usted se va del hospital se denomina "fecha de alta".
- Su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta.

Si cree que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le dice cómo pedirla.

G1. Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un trabajador social o un enfermero le entregarán un aviso denominado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El Mensaje importante le informa sus derechos como paciente del hospital, incluyendo sus derechos a:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta. El derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede acceder a ellos.
- Ser parte de cualquier decisión sobre la extensión de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad del cuidado de su hospital.
- Apelar si piensa que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le podrían haber comunicado.

Guarde la copia del aviso firmado para tener la información en caso de necesitarla.

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o a Medicare a los números antes mencionados.

G2. Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios de hospitalización por un tiempo mayor, debe solicitar una apelación. Una Quality Improvement Organization llevará a cabo la revisión de la apelación de nivel 1 a fin de determinar si su fecha planificada para el alta es médicamente adecuada para usted. En Texas, se llama TMF, Health Quality Institute.

Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a TMF, Health Quality Institute, al 1-800-725-9216.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Quality Improvement Organization **antes** de retirarse del hospital y a más tardar en la fecha planificada para el alta. Un "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos" contiene información sobre cómo comunicarse con la Quality Improvement Organization.

- **Si llama antes de retirarse**, se le permitirá permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Quality Improvement Organization.
- **Si no llama para presentar una apelación** y decide quedarse en el hospital después de la fecha planificada para el alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha planificada para el alta.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Quality Improvement Organization en su estado al 1-800-725-9216 y pida una "revisión rápida".

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha planificada para el alta.

- **Si incumple el plazo** para comunicarse con la Quality Improvement Organization sobre su apelación, en su lugar puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener información detallada, consulte la Sección G4, página 208.

Queremos asegurarnos de que entiende lo que debe hacer y los plazos definidos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: 711). También puede llamar al State Health Insurance Assistance Progra (SHIP) al 1-800-252-3439 o a la HHSC Ombudsman's Office al 1-866-566-8989.

¿Qué es una Quality Improvement Organization?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a los que les paga el Gobierno Federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad del cuidado médico que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Solicitar una "revisión rápida"

Debe pedir a la Quality Improvement Organization una **"revisión rápida"** de su alta. Pedir una "revisión rápida" significa que está pidiendo a la organización que use los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándares.

> El **término legal** para una "revisión rápida" es "**revisión inmediata**".

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Quality Improvement Organization le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar recibiendo cobertura después de la fecha planificada para el alta. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores evaluarán su registro médico, hablarán con su médico y evaluarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Para el mediodía del día después de que los evaluadores nos informen de su apelación, usted recibirá una carta que le da su fecha planificada para el alta. En la carta se explican los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted reciba el alta en esa fecha.

> El **término legal** para esta explicación escrita se conoce como "**Aviso detallado del alta**". Puede obtener un ejemplar llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien puede consultar un ejemplar del aviso en línea aquí www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Quality Improvement Organization **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Quality Improvement Organization **rechaza** su apelación, significa que la fecha planificada para el alta es apropiada por motivos médicos. Si sucede esto, nuestra cobertura para sus servicios en hospitalización terminará al mediodía del día después de que la Quality Improvement Organization le dé su respuesta.

- Si la Quality Improvement Organization **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar para continuar su hospitalización. El costo del cuidado hospitalario que usted tal vez tenga que pagar comienza al mediodía del día después de que la Quality Improvement Organization le dé su respuesta.
- Si la Quality Improvement Organization rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha planificada para el alta, entonces puede presentar una apelación de nivel 2.

G3. Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Quality Improvement Organization ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha planificada para el alta, entonces puede presentar una apelación de nivel 2. Debe comunicarse con la Quality Improvement Organization nuevamente y pedir otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **en el plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la Quality Improvement Organization rechazó su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de que finalizara la fecha de la cobertura de la atención.

En Texas, la Quality Improvement Organization se llama TMF, Health Quality Institute.
Puede comunicarse con TMF, Health Quality Institute al: **1-800-725-9216.**

- Los revisores de la Quality Improvement Organization examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Quality Improvement Organization tomarán una decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Quality Improvement Organization en su estado al 1-800-725-9216 y pida otra revisión.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

Significa que la Quality Improvement Organization está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y que no la cambiará. En la carta que usted recibe, se explican los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Quality Improvement Organization rechaza su apelación de nivel 2, tal vez tenga que pagar el costo total de su hospitalización después de su fecha planificada para el alta.

G4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para la apelación?

Si no cumple con los plazos de apelación, existe otra forma de realizar las apelaciones de nivel 1 y 2, llamadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Quality Improvement Organization (60 días o hasta su fecha planificada para el alta, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y si se respetaron todas las normas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.

Panorama general: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas.

- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sea médicamente necesario.
- También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de cuidado que recibió desde la fecha cuando le dijimos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha planificada para el alta era apropiada por motivos médicos. La cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que comunicamos que finalizaba dicha cobertura.
    - Si permaneció internado en el hospital después de la fecha planificada para el alta, entonces es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de dicha fecha.

- Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "Entidad de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso pasa al nivel 2 del proceso de apelación automáticamente.

El término legal para "revisión rápida" o "apelación rápida" es **"apelación acelerada"**.

Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo de 24 horas de haberle informado nuestra decisión de nivel 1. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección J, página 216, se indica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su "revisión rápida". Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Panorama general: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

- La IRE realiza una "revisión rápida" de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del Gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha planificada para el alta. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios por todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta del hospital prevista era apropiada por motivos médicos.
- La carta que reciba de la IRE le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo proceder a la apelación de Nivel 3, a cargo de un juez.

H. Qué debe hacer si considera que el cuidado médico en el hogar, el cuidado especializado de enfermería o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección es solo sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado médico en el hogar.
- Cuidado especializado de enfermería en un centro para tal fin.
- Atención de rehabilitación que recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se recupera de una operación compleja.
    - Al recibir cualquiera de estos tres tipos de cuidado, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos, siempre que el médico indique que son necesarios.
    - Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle antes de que sus servicios finalicen. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar su atención.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

H1. Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura

Usted recibirá una notificación al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su cuidado. También se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En la notificación escrita, se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar la notificación escrita para demostrar que la recibió. Su firma **no** significa que usted esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando finaliza su cobertura, dejaremos de pagar su cuidado.

H2. Apelación de nivel 1 para continuar recibiendo atención

Si piensa que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Antes de empezar su apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no cumplimos con los plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección J, página 216, se indica cómo presentar un reclamo.)
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). O bien puede llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-252-3439 (TTY: 1-800-735-2989 o 711).

Durante una apelación de nivel 1, una Quality Improvement Organization revisará su apelación y decidirá si debe cambiar la decisión que tomamos nosotros. En Texas, la Quality Improvement Organization se llama TMF, Health Quality Institute. Puede comunicarse con TMF, Health Quality Institute al: 1-800-725-9216. La información sobre cómo presentar una apelación ante la Quality Improvement Organization también se incluye en el “Aviso de no cobertura de Medicare”. Esta es la notificación que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su cuidado.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que continúe cubriendo su atención

Llame a la Quality Improvement Organization en su estado al 1-800-725-9216 y solicite una “apelación de vía rápida”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de su fecha planificada para el alta.

¿Qué es una Quality Improvement Organization?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a los que les paga el Gobierno Federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad del cuidado médico que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Pídales una “apelación de vía rápida”. Esta es una revisión independiente para saber si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Quality Improvement Organization a más tardar al mediodía del día después de recibir la notificación escrita que le dice cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si incumple el plazo para comunicarse con la Quality Improvement Organization sobre su apelación, en su lugar puede presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener información detallada sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección H4, página 214.

El **término legal** de la notificación escrita es **"Aviso de no cobertura de Medicare"**. Para obtener un ejemplar, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, consulte una copia en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucede durante la revisión de la Quality Improvement Organization?

- Los revisores de la Quality Improvement Organization le preguntarán a usted o a su representante por qué piensa que debe continuar la cobertura para los servicios. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando pida una apelación, el plan debe escribirle una carta a usted y a la Quality Improvement Organization que explique por qué sus servicios deben concluir.
- Los revisores también evaluarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- **En el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

El **término legal** para la carta donde se explica por qué sus servicios deben terminar es "**Explicación detallada de no cobertura**".

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si decide continuar recibiendo cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted deberá pagar el costo total de esta atención.

H3. Apelación de nivel 2 para continuar recibiendo atención

Si la Quality Improvement Organization **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura para la atención finaliza, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la apelación de nivel 2, la Quality Improvement Organization revisará de nuevo la decisión que tomó en el nivel 1. Si acepta la decisión de nivel 1, es posible que deba pagar el costo total del cuidado médico en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

En Texas, la Quality Improvement Organization se llama TMF, Health Quality Institute. Puede comunicarse con TMF, Health Quality Institute al: 1-800-725-9216. Solicite la revisión de nivel 2 **en el plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la Quality Improvement Organization **rechazó** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continúa recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cobertura para la atención.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que cubra su atención durante un periodo más prolongado

Llame a la Quality Improvement Organization de su estado al 1-800-725-9216 y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de su fecha planificada para el alta.

- Los revisores de la Quality Improvement Organization examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Quality Improvement Organization tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir brindándole cobertura para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión tomada respecto de su apelación de nivel 1 y que no la modificará.
- En la carta que recibirá, se le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se incluyen detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Si no cumple con los plazos de apelación, existe otra forma de realizar las apelaciones de nivel 1 y 2, llamadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para continuar recibiendo atención durante un periodo más prolongado

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Quality Improvement Organization, puede presentar una apelación ate nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

Panorama general: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de su cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión sobre cuándo deberían finalizar sus servicios fue justa y si se respetaron todas las normas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de cuidado que recibió desde la fecha cuando le dijimos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era apropiado por motivos médicos. Nuestra cobertura de los servicios finalizará a partir del día en que comunicamos que finalizaría.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se interrumpirían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "Entidad de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso pasa al nivel 2 del proceso de apelación automáticamente.

El término legal para "revisión rápida" o "apelación rápida" es **"apelación acelerada"**.

Apelación alternativa de nivel 2 para continuar recibiendo atención durante un periodo más prolongado

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo de 24 horas de haberle informado nuestra decisión de nivel 1. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección J, página 216, se indica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "revisión rápida". Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que continúe cubriendo su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

- La IRE realiza una "revisión rápida" de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte del costo de la atención. Además, debemos seguir cubriendo sus servicios mientras sea médicamente necesario.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la interrupción de la cobertura de los servicios era apropiada por motivos médicos.

La carta que reciba de la IRE le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán detalles acerca de cómo proceder a la apelación de nivel 3, a cargo de un juez.

I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a acceder a otros niveles de apelación. En la carta que recibe de la Entidad de Revisión Independiente, se explica lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en la apelación de nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si quiere que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que solicita debe alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá continuar con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o un abogado mediador que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o abogado mediador, puede recurrir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Luego de esto, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita asistencia en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con la HHSC Ombudsman's Office. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Texas Medicaid

También puede tener más derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Texas Medicaid. Si tiene preguntas acerca de sus derechos adicionales de apelación, puede llamar a la Oficina de Defensoría de la HHSC al 1-866-566-8989.

Si no está de acuerdo con la decisión del oficial de audiencias imparciales, puede solicitar una revisión administrativa en un plazo de 30 días de la fecha de la decisión.

La carta que recibe de la HHSC Appeals Division le dirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de reclamos se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se resuelven mediante el proceso de reclamos.

Reclamos sobre calidad

- No está satisfecho con la calidad del cuidado médico, tal como el que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio de atención al cliente

- Un proveedor o miembro del personal de atención médica fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de Amerigroup STAR+PLUS MMP lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Panorama general: Cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan los reclamos externos. Para obtener más información, lea la Sección J3, página 219.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud ni a las instalaciones en la consulta de un médico o de un proveedor.
- Su proveedor no le proporciona una adaptación razonable que usted necesita tal como un intérprete del lenguaje americano de señas.

Reclamos sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para programar una cita o hay demasiada espera para programarla.
- Ha esperado demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o a Servicios para Miembros u otro miembro del personal.

Reclamos sobre la higiene

- Usted piensa que en la clínica, el hospital o el consultorio del médico no hay limpieza.

Reclamos sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o carta que tendría que haber recibido.
- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Reclamos sobre la puntualidad de nuestras acciones en relación con decisiones de la cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o responder a su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión sobre la cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Cree que no presentamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente en forma oportuna.

El **término legal** para un "reclamo" es "**queja formal**".

El **término legal** para "presentar un reclamo" es "**presentar una queja formal**".

¿Existen diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno y/o un reclamo externo. Un reclamo interno es presentado ante y revisado por nuestro plan. Un reclamo externo es presentado ante y revisado por una organización que no está afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar a la HHSC Ombudsman's Office al 1-866-566-8989.

J2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Puede hacer el reclamo en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si el reclamo es acerca de un medicamento de la Parte D, debe hacerlo **en el plazo de 60 días calendario** de haber tenido el problema por el que desea reclamar.

- Si necesita hacer otra cosa, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presenta su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una "decisión rápida sobre la cobertura" o una "apelación rápida", le daremos de forma automática un "reclamo rápido" y responderemos a su reclamo en 24 horas.

El **término legal** para “reclamo rápido” es “**queja formal acelerada**”.

De ser posible, le responderemos inmediatamente. Si nos llama por un reclamo, probablemente podamos darle una respuesta en esa misma llamada. Si su estado de salud requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, le daremos de forma automática un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente, le daremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de su reclamo, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

J3. Reclamos externos

También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede enviar su reclamo a Medicare. El formulario de reclamo de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También puede informarle a Texas Medicaid acerca de su reclamo

Una vez que haya agotado el proceso de reclamo del plan, puede presentar un reclamo ante la Texas Health and Human Services Commission (HHSC) llamando al número gratuito 1-866-566-8989. Si quiere presentar su reclamo por escrito, por favor, envíelo a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
PO Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su reclamo aquí: hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre acceso para discapacitados o asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad a:

U.S. Department of Health and Human Services

1301 Young Street, Suite 106

Dallas, TX 75202

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Fax: 1-202-619-3818

También puede tener derechos bajo la Ley en favor de los Estadounidenses con Discapacidades. Puede comunicarse con la HHSC Ombudsman's Office para que le brinden asistencia. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

Puede presentar un reclamo ante la Quality Improvement Organization

Cuando su reclamo es sobre calidad del cuidado médico, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede hacer su reclamo sobre la calidad del cuidado médico que recibió directamente a esta organización (sin hacer el reclamo ante nosotros).
- O bien, puede hacer su reclamo ante nosotros y ante la Quality Improvement Organization. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos en conjunto para resolverlo.

La Quality Improvement Organization es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para conocer más sobre la Quality Improvement Organization, consulte el Capítulo 2.

En Texas, la Quality Improvement Organization se llama TMF, Health Quality Institute.
El número de teléfono es 1-800-725-9216.

Capítulo 10: Finalización de su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan

Introducción

En este capítulo encontrará las formas en que puede finalizar su membresía con nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de que deja el plan. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Texas Medicaid, siempre y cuando sea elegible.
Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan 222

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 222

C. Cómo inscribirse en un Medicare-Medicaid Plan distinto 223

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Texas Medicaid por separado 223

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare 223

D2. Cómo obtener sus servicios de Texas Medicaid 226

E. Continúe recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía 227

F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía 227

G. Normas para evitar que le pidamos que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud 228

H. Su derecho a presentar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan 228

I. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan 228

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan

Puede finalizar su membresía en Amerigroup STAR+PLUS MMP Medicare-Medicaid Plan en cualquier momento del año al inscribirse en otro Medicare Advantage Plan, otro Medicare-Medicaid Plan o al cambiarse a Original Medicare.

Su membresía se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 enero. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes (1.º de febrero, en este ejemplo). Si abandona nuestro plan, puede recibir información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en el cuadro de la página 224.
- Los servicios de Texas Medicaid en la página 226.

Puede obtener más información sobre cuándo finalizar su membresía llamando a:

- La línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o 1-800-735-2989.
- El State Health Insurance Assistance Program (SHIP), Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP), al 1-800-252-3439.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si usted decide terminar su membresía, dígale a Texas Medicaid o a Medicare que usted desea abandonar Amerigroup STAR+PLUS MMP:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o 1-800-735-2989; **O**
- Envíe un Formulario de cambio de inscripción a Maximus. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 si necesita que le envíen uno por correo; **O**

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan médico o de medicamentos de Medicare. Puede encontrar más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare cuando usted abandona nuestro plan en el cuadro de la página 224.

C. Cómo inscribirse en un Medicare-Medicaid Plan distinto

Si desea continuar recibiendo sus beneficios de Medicare y Texas Medicaid de forma conjunta en un solo plan, puede inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan.

Para inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid Plan:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o 1-800-735-2989. Avise que desea abandonar Amerigroup STAR+PLUS MMP e inscribirse en un Medicare-Medicaid Plan distinto. Si no sabe bien en qué plan inscribirse, pueden informarle sobre otros planes en su área; O
- Envíe un Formulario de cambio de inscripción a Maximus. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 si necesita que le envíen uno por correo.

Su cobertura con Amerigroup STAR+PLUS MMP terminará el último día del mes en que recibimos su solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Texas Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan después de retirarse de Amerigroup STAR+PLUS MMP, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Texas Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Dispone de tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiarse a:	Esto es lo que debe hacer:
Un plan médico de Medicare, como un Medicare Advantage Plan o un Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) de Texas. Su inscripción en Amerigroup STAR+PLUS MMP se anulará automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.

2. Puede cambiarse a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) de Texas. Su inscripción en Amerigroup STAR+PLUS MMP se cancelará de forma automática cuando se inicie su cobertura de Original Medicare.

3. Puede cambiarse a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte **NOTA:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que indique expresamente a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos recetados si recibe cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) de Texas al 1-800-252-3439.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) de Texas. Su inscripción en Amerigroup STAR+PLUS MMP se cancelará de forma automática cuando se inicie su cobertura de Original Medicare.

D2. Cómo obtener sus servicios de Texas Medicaid

Los servicios de Texas Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y soportes a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Si abandona el plan Medicare-Medicaid, permanecerá en nuestro plan para recibir sus servicios de Texas Medicaid.

- Puede elegir cambiarse a otro plan médico de Texas Medicaid únicamente comunicándose con la línea de ayuda de STAR+PLUS.
- Recibirá una nueva tarjeta de identificación del miembro, un nuevo *Manual del miembro* y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias*.

E. Continúe recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si abandona Amerigroup STAR+PLUS MMP, puede tomar un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Texas Medicaid. Para obtener más información, consulte la página 222. Durante este tiempo, continuará obteniendo su atención médica y sus medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe utilizar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Por lo general, sus medicamentos recetados están cubiertos solamente si se abastecen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si ingresa en el hospital el día en que finaliza su membresía, por lo general, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía

Estos son los casos en los que Amerigroup STAR+PLUS MMP debe finalizar su membresía en el plan:

- Si ocurre una interrupción en la cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no cumple con los requisitos para Texas Medicaid. Nuestro plan es para personas que cumplen con los requisitos tanto para Medicare como para Texas Medicaid.
- Si no paga el monto necesario para calificar para beneficios (reducción de costos médicos).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito penal.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos no es legal.

Para ser miembro de nuestro plan, debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener una permanencia legal en este país. Los Centers for Medicare & Medicaid Services nos notificarán si no es elegible para continuar siendo miembro con respecto a este punto. Debemos cancelar la inscripción si no cumple este requisito.

Podemos hacerlo abandonar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos previo permiso de Medicare y Texas Medicaid:

- Si nos da, intencionalmente, información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si, permanentemente, se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.

G. Normas para evitar que le pidamos que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

Si considera que le están pidiendo que se retire de nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana. También debe llamar a Texas Medicaid. Llame al 1-800-252-8263. Si tiene sordera o dificultad auditiva, llame al 1-800-735-2989.

H. Su derecho a presentar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan

Si ponemos fin a su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para finalizar su membresía. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja formal o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Además, puede consultar el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en Amerigroup STAR+PLUS MMP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Aviso sobre leyes 231

B. Aviso sobre no discriminación 231

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario 231

D. Cobrar pagos de miembros 231

E. Cesión 232

F. Aviso de reclamación 232

G. Contrato completo 232

H. Renuncia de los agentes 233

I. Cese de las operaciones 233

J. Rechazo del tratamiento 233

K. Limitación de acciones 234

L. Circunstancias ajenas al plan 234

M. Criterio exclusivo del plan 234

N. Divulgación 234

O. Información acerca de las directivas anticipadas 235

P. Cómo puede usar un formulario legal para dar instrucciones por adelantado? 236

Q. Si lo hospitalizan, le preguntarán acerca de las directivas anticipadas 236

R. ¿Qué sucede si los proveedores no siguen las instrucciones que usted ha dado? 236

S. Continuidad y coordinación de la atención 236

T. Subrogación y reembolso 237

U. Emergencias presidenciales o gubernamentales 237

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y obligaciones, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid. Es posible que también rijan otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las empresas o agencias que trabajan con Medicare y Texas Medicaid deben cumplir con las leyes que lo protegen a usted contra la discriminación o la falta de imparcialidad. No discriminamos ni tratamos a las personas de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, región geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si desea obtener más información o tiene algún problema de discriminación o falta de imparcialidad:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de Texas Health and Human Services al 1-888-388-6332.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicios para Miembros pueden ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare en los que Medicare no es el pagador principal.

D. Cobrar pagos de miembros

En determinadas circunstancias, si pagamos al proveedor de cuidado médico montos que son nuestra responsabilidad, tales como deducibles, copagos o coseguros, podemos cobrarle dichos montos directamente a usted. Usted está de acuerdo con que tenemos derecho a cobrarle dichos montos.

E. Cesión

Los beneficios que se brindan conforme a este *Manual del miembro* son para beneficio personal del miembro, por lo que no pueden transferirse ni cederse. Cualquier intento por ceder este contrato anulará automáticamente todos los derechos que aquel otorgue.

F. Aviso de reclamación

Tiene 36 meses a partir de la fecha en la que la receta fue abastecida para presentar una reclamación en papel. Esto se aplica a las reclamaciones que usted presente, y no a las reclamaciones presentadas por la farmacia o el proveedor.

En caso de que se preste un servicio por el cual le facturan, tendrá al menos 12 meses a partir de la fecha de servicio para presentar una reclamación ante el plan. Conforme a la Póliza de Beneficios Pub 100-02 de los CMS, Capítulo 15, Sección 40, los médicos y los profesionales deben presentar reclamaciones en nombre de los beneficiarios por todos los artículos y servicios proporcionados para los que puede corresponder un pago de Medicare en virtud de la Parte B. Además, no pueden cobrarles a los beneficiarios más allá de los límites de los cargos que se aplican al artículo o servicio que se proporciona. Sin embargo, un médico o un profesional (tal como se define en la Sección 40.4) pueden abandonar Medicare. No es necesario que un médico o un profesional que abandona presente reclamaciones en nombre de los beneficiarios, y también está excluido de los límites sobre los cargos por los servicios cubiertos por Medicare.

Debe presentar la reclamación ante:

Parte D:

IngenioRx

ATTN: Claims Department - Part D Services

PO Box 52077

Phoenix, AZ 85072-2077

Parte C:

Amerigroup STAR+PLUS MMP Claims Services

PO Box 61010

Virginia Beach, VA 23466-1010

G. Contrato completo

Este *Manual del miembro* y sus modificaciones correspondientes, que se adjuntan a la presente, junto con su formulario de inscripción completo, constituyen el contrato completo entre las partes con vigencia a partir del día de la fecha de entrada en vigencia y reemplaza a todos los demás contratos entre las partes.

H. Renuncia de los agentes

Ningún agente ni ninguna otra persona, excepto que sea un funcionario ejecutivo de Amerigroup STAR+PLUS MMP, está facultado para desestimar cualquier condición o restricción de este *Manual del miembro* o del Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Los cambios que se realicen a este *Manual del miembro* no serán válidos a menos que consten en una cláusula o en una enmienda firmadas por un directivo u otro funcionario autorizado de la compañía.

I. Cese de las operaciones

En caso de cese de las operaciones o de la disolución de su plan en el área en la que usted reside, este *Manual del miembro* finalizará. Recibirá un aviso 90 días antes de que el *Manual del miembro* finalice.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si el *Manual del miembro* finaliza, su cobertura también lo hará.

En ese caso, la compañía le explicará las opciones que tendrá disponibles en ese momento. Por ejemplo, es posible que haya otros planes de salud en el área en los que pueda inscribirse, si lo desea. O quizás quiera volver a Original Medicare y, posiblemente, obtener un seguro complementario. En este último caso, Amerigroup STAR+PLUS MMP organizará todo para que usted obtenga, sin examen médico de diagnóstico ni periodos de espera, una póliza de seguro médico complementaria para cubrir el coseguro y los deducibles de Medicare.

Ya sea que se inscriba en otro plan médico prepago o no, no tendría una etapa sin cobertura.

J. Rechazo del tratamiento

Es posible que usted, ya sea por razones personales o religiosas, rechace los procedimientos y los tratamientos que su proveedor de atención primaria le recomendó como necesarios. Si bien tiene derecho a rechazarlos, en algunas situaciones, podría ser un obstáculo para que la relación proveedor/paciente continúe o para que se brinde el nivel de atención adecuado.

Cuando un miembro rechaza un tratamiento o procedimiento recomendado como necesario, y el proveedor de atención primaria considera que no hay una alternativa profesionalmente aceptable, se informará de esto al miembro.

En caso de que usted deje el centro por decisión propia haciendo caso omiso a la recomendación del médico, su plan pagará los servicios cubiertos brindados hasta el día en que haya dejado el centro. Las tarifas de la admisión se pagarán por día o por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (DRG), según corresponda.

K. Limitación de acciones

No se podrán entablar acciones legales para recuperar beneficios dentro de los 60 días posteriores de haberse prestado el servicio. No se podrán entablar tales acciones después de los tres años posteriores a la prestación del servicio sobre el cual se entabló la acción legal.

L. Circunstancias ajenas al plan

En caso de epidemia, catástrofe, emergencia general u otra circunstancia ajena a la compañía, el plan ni ningún proveedor serán responsables, excepto en los siguientes casos, como consecuencia de la demora razonable en la prestación de los servicios:

- Dada la situación, es posible que deba obtener servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, en lugar de hacerlo de un proveedor dentro de la red. Su plan le reembolsará como máximo el monto por el cual usted habría estado cubierto según este *Manual del miembro*.
- Es posible que su plan les exija declaraciones escritas a usted y al personal médico que lo atendió para confirmar su enfermedad o lesión y que el tratamiento que recibió era necesario.

M. Criterio exclusivo del plan

El plan puede, a su exclusivo criterio, cubrir servicios y suministros que el *Manual del miembro* no contempla específicamente.

Esto se aplicará en caso de que el plan determine que dichos servicios y suministros reemplazarán a otros servicios y suministros más caros que habrían sido requeridos para la atención y el tratamiento del miembro.

N. Divulgación

Usted tiene derecho a pedir la siguiente información de su plan:

- Información sobre los planes de incentivo para médicos que ofrece su plan.
- Información sobre los procedimientos que su plan utiliza para controlar el uso de los servicios y los gastos.
- Información sobre la situación financiera de la empresa.
- Información general sobre la cobertura e información comparativa sobre el plan.

Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** o, si tiene discapacidad auditiva o del habla y tiene una línea telefónica TTY, al 711. El Departamento de Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. El plan le enviará la información dentro de los 30 días posteriores a su solicitud.

O. Información acerca de las directivas anticipadas

(Información sobre la utilización de un formulario legal, como un “testamento vital” o un “poder de representación”, para dar instrucciones por anticipado acerca de su atención médica en caso de que usted no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones).

Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre la atención médica. Pero ¿qué sucede si un accidente o una enfermedad grave hacen que no pueda tomar decisiones usted mismo?

Si esto sucede:

- Es posible que desee que una persona determinada en la que confía tome estas decisiones por usted.
- Es posible que quiera informar a los proveedores de cuidado médico los tipos de atención médica que le gustaría y no le gustaría recibir, si no pudiera tomar decisiones por usted mismo.
- Es posible que quiera hacer ambas cosas: designar a alguien para que tome decisiones por usted y, además, informar a esta persona y a sus proveedores de cuidado médico los tipos de atención médica que le gustaría recibir si fuese incapaz de tomar decisiones por usted mismo.

Si lo desea, puede completar y firmar un formulario especial para informarles a las demás personas cómo desea que procedan en caso de que usted no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones de atención médica. Este formulario es un documento legal. A veces se lo denomina “directiva anticipada” porque le permite dar instrucciones por anticipado sobre cómo desea que se proceda en caso de que usted no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones de atención médica.

Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes denominaciones, que dependen del estado o del área local. Por ejemplo, los documentos denominados “testamento vital” y “Poder legal para cuidado médico” son ejemplos de directivas anticipadas.

Usted elige si completar una directiva anticipada o no. La ley prohíbe toda discriminación en su contra cuando usted recibe atención médica por haber o no firmado una directiva anticipada.

P. Cómo puede usar un formulario legal para dar instrucciones por adelantado?

Si decide proporcionar directivas anticipadas, puede obtener el formulario legal de diferentes maneras. Puede solicitar el formulario a su abogado, a un trabajador social o en algunas librerías comerciales. A veces, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden otorgarle los formularios para directivas anticipadas, como el SHIP (State Health Insurance Assistance Program). En el Capítulo 2 de este folleto, se indica cómo comunicarse con el SHIP. Los SHIP tienen diferentes denominaciones según el estado.

Sin importar en dónde obtenga el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo. Es importante que firme este formulario y guarde una copia en su domicilio. Debería entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el formulario para tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo.

También puede entregarle copias a sus familiares o amigos cercanos. En caso de que sepa de antemano que deberá ser hospitalizado, lleve una copia con usted al hospital.

Q. Si lo hospitalizan, le preguntarán acerca de las directivas anticipadas

Si se hospitaliza, le preguntarán si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene a mano. Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted elige si firmarlo o no. Si decide no firmar un formulario de directiva anticipada, no se le negará la atención ni se le discriminará cuando lo atiendan.

R. ¿Qué sucede si los proveedores no siguen las instrucciones que usted ha dado?

Si considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones que usted ha dado por anticipado, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud de su estado.

S. Continuidad y coordinación de la atención

Amerigroup STAR+PLUS MMP ha establecido políticas y procedimientos para promover la coordinación y la continuidad de la atención médica para nuestros miembros. Esto incluye el intercambio de información confidencial entre los proveedores de atención primaria y los especialistas, así como con los proveedores de servicios de salud del comportamiento. Además, Amerigroup STAR+PLUS MMP ayuda a coordinar la atención con los profesionales cuando el contrato de estos queda sin efecto y procura que la transición a un nuevo profesional sea fluida.

T. Subrogación y reembolso

Estas cláusulas se aplican cuando pagamos por beneficios como resultado de lesiones o enfermedades que tuvo, y tiene derecho a una recuperación o a haber recibido una recuperación. Tenemos el derecho a recuperar los pagos que hacemos en su nombre o a iniciar acciones legales contra la parte responsable de compensarlo por sus lesiones. También tenemos derecho a que nos devuelvan el dinero por el importe de beneficios que pagamos en su nombre. Se aplica lo siguiente:

- El monto de recuperación se calculará conforme a 42 C.F.R. 411.37, y conforme a 42 C.F.R. 422.108(f); no regirán leyes estatales respecto de nuestros derechos de subrogación y reembolso.
- Nuestros derechos de subrogación y reembolso deberán tener prioridad, pagarse antes de que se pague cualquier otra reclamación suyo.
- Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos o eliminados por la doctrina “resarcimiento integral” o cualquier otra doctrina equitativa.

Debe notificarnos oportunamente acerca de cómo, cuándo y dónde ha ocurrido un accidente o incidente que le haya causado lesiones personales o enfermedad, y de toda la información sobre las partes involucradas, y debe notificarnos oportunamente si tiene un abogado relacionado con dicho accidente o incidente. Usted y su representante legal deben colaborar con nosotros, hacer lo que sea necesario para permitirnos ejercer nuestros derechos y no hacer nada para perjudicar nuestros derechos.

Si no nos paga, tendremos derecho a deducir cualquier parte del monto no pagado de los beneficios que hemos pagado o del monto de su recuperación, el que sea menor, de cualquier beneficio futuro en virtud del plan.

U. Emergencias presidenciales o gubernamentales

En caso de que se declare una emergencia relacionada con el presidente o el gobernador, de una catástrofe importante o de que la Secretaría de Salud y Servicios Humanos anuncie una emergencia de salud pública, su plan hará las siguientes excepciones para garantizar que reciba la atención adecuada en tales circunstancias:

- Aprobar la prestación de servicios en centros no contratados especificados considerados centros certificados por Medicare-Medicaid;
- Reducir temporalmente la distribución de costos para los servicios fuera de la red aprobados por el plan a los montos de distribución de costos dentro de la red.
- Renunciar por completo a los requisitos para una remisión de un médico de atención primaria según corresponda.

En general, la fuente que haya declarado la catástrofe anunciará cuando la catástrofe o emergencia hayan finalizado. No obstante, si el periodo de la catástrofe o emergencia no finaliza en el plazo de 30 días de la declaración inicial, y si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no indican una fecha de finalización de la catástrofe o emergencia, su plan reanudará la actividad normal a los 30 días de la declaración inicial.

Cuando se declara una catástrofe o emergencia, es específica de una región geográfica (por ej., un condado). Su plan aplicará las excepciones anteriores solo si usted reside en la región geográfica indicada.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados a lo largo de todo el *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se encuentran ordenados alfabéticamente. Si no puede encontrar un término que busca o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Agencia estatal de Medicaid: La Texas Health and Human Services Commission (HHSC) es la única agencia estatal responsable de operar y, en algunos casos, supervisar el programa de Medicaid del estado.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitar que cambiemos nuestra decisión sobre la cobertura si presenta una apelación. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan médico acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar de residencia de las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Amerigroup STAR+PLUS MMP.

Asistencia pendiente de pago: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o audiencia imparcial. Esta continuación de la cobertura se denomina “asistencia pendiente de pago”.

Asistente de cuidado médico a domicilio: Una persona que brinda servicios que no requieren habilidades de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda para el salud personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados). Los asistentes de cuidado médico a domicilio no tienen una certificación de enfermería ni ofrecen terapia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de cuidado especializado de enfermería o rehabilitación especializada prestados de forma constante y todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero registrado o un médico pueden colocarle.

Atención necesaria de forma urgente: Atención que recibe para una enfermedad, lesión o afección repentina que no sea una emergencia, pero que necesita atención inmediatamente. Puede acceder a la atención necesaria de forma urgente por parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no pueda acudir a ellos.

Audiencia imparcial: Una opción para que usted informe su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que tomamos está equivocada.

Autorización previa: Aprobación que debe obtener de Amerigroup STAR+PLUS MMP antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico o acudir a un proveedor fuera de la red. Amerigroup STAR+PLUS MMP podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene la aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor dentro de la red obtienen una autorización previa de nuestro plan.

- En el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que requieren autorización previa de nuestro plan.

Algunos medicamentos se cubren únicamente si obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Ayuda Extra (Extra Help): es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Extra (Extra Help) también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Cancelación de la inscripción: El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona una instrucción adicional para nuestros proveedores de cuidado médico que los ayuda a entender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a aquellos que no necesitan cuidado hospitalario y que se espera que no necesiten más de 24 horas de atención.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindar cuidado especializado de enfermería y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación compleja. Ofrece una variedad de servicios, como terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Centro para enfermos terminales: Un programa de atención y soporte para ayudar a las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad terminal a vivir de manera cómoda. Un diagnóstico de enfermedad terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos.

- Un inscrito con un diagnóstico de enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Amerigroup STAR+PLUS MMP debe darle una lista de proveedores de atención para enfermos terminales en su área geográfica.

Coordinador de servicios: Persona principal que trabaja con usted, el plan médico y sus proveedores de cuidado médico para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Copago: Un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe un servicio o suministro. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un servicio o medicamento recetado.

Decisión sobre la cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: El plan toma una determinación de la organización cuando esta o uno de sus proveedores toman una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de la cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Distribución de costos: Montos que usted tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. La distribución de costos incluye copagos y coseguro.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, piensa que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, pérdida de una parte del cuerpo o pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso.

Equipo de coordinación de servicios: Un equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales médicos que están a su disposición para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita. Su equipo de coordinación de servicios también lo ayudará a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que el médico solicita para que usted use en su hogar.

Algunos ejemplos de estos artículos son: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Etapa de cobertura catastrófica: Etapa en el beneficio para medicamentos de la Parte D en la que el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando alcanza el límite de $7,050 para sus medicamentos recetados.

Etapa de cobertura inicial: La etapa antes de que el total de sus gastos de medicamentos de la Parte D alcance los $7,050. Esto incluye los montos que usted ha pagado, lo que nuestro plan ha pagado en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte.

Evaluación de riesgos para la salud: Una revisión del historial médico y la afección actual del paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Evaluación integral de riesgos de la salud: Una evaluación que se utiliza para confirmar su nivel adecuado de riesgo y elaborar su plan de atención. Las evaluaciones integrales de riesgos de la salud incluirán, entre otras cosas, salud física y del comportamiento, necesidades sociales, estado funcional, ámbitos de bienestar y prevención, estado y capacidades del cuidador, al igual que sus preferencias, fortalezas y metas.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación incorrecta/inapropiada: Situación en la que un proveedor (un médico u hospital) le factura un monto superior al de la distribución de costos del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.

Debido a que Amerigroup STAR+PLUS MMP paga el costo completo de sus servicios, usted no adeuda ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado abastecer las recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado formar parte de nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Gastos de bolsillo: El requisito de distribución de costos para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de “gasto de bolsillo”. Consulte la definición de “distribución de costos” más arriba.

Hogar o asilo de ancianos: Un lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener atención en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Información personal de salud (también denominada Información de Salud Protegida [PHI]): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Amerigroup STAR+PLUS MMP para obtener más información sobre cómo Amerigroup STAR+PLUS MMP protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Inscrito en Medicare-Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Texas Medicaid. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

Límites de cantidad: Límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

***Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos):** Una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, se indica si existen normas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

***Manual del miembro* y divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, donde se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa del Gobierno Federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y aparatos de apoyo de largo plazo y costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Texas Medicaid.

Médicamente necesario: Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las normas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más económica. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted.

Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen a nuestro plan, a menos que sea atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, utilice nuestra herramienta en línea Find a Doctor (Encontrar un médico) o llame a Servicios para Miembros. Si tiene una remisión o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por el Gobierno federal para que se utilice en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y es tan eficaz como su equivalente de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Es posible que Texas Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos sin receta (OTC): Los medicamentos sin receta hacen referencia a cualquier medicamento que una persona puede comprar sin la receta de un profesional de atención de la salud.

Medicare Advantage Plan: Un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “MA Plans”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de enfermería especializada, atención médica a domicilio y cuidado para enfermos terminales.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte C: Programa de Medicare que les permite a las compañías de seguro médico privado brindar beneficios de Medicare a través de un Medicare Advantage Plan.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Nosotros lo denominamos “Parte D” para abreviar.) La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, o Texas Medicaid. Amerigroup STAR+PLUS MMP incluye Medicare Parte D.

Medicare: Programa de seguro médico federal destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención médica administrada (consulte “Plan médico”).

Medicare-Medicaid Plan (MMP): Un Medicare-Medicaid Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de servicios que le brindarán ayuda con todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona con Medicare y Texas Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) y el estado.

Nivel de distribución de costos: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Todo medicamento en la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como la Lista de medicamentos) se encuentra en uno de 4 niveles de distribución de costos. En general, mientras más alto sea el nivel de distribución de costos, mayor será el costo del medicamento.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos pertenecen a uno de los 4 niveles.

Ombudsman: Una oficina en su estado que funciona como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información acerca de los programas de defensoría en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): **Original Medicare** es ofrecido por el gobierno. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado médico los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado médico que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes en los EE. UU.
- Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Quality Improvement Organization (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado médico para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Paciente internado: Un término usado cuando usted ha sido formalmente hospitalizado para recibir servicios médicos especializados. Si no fuese ingresado formalmente, puede ser considerado un paciente ambulatorio en vez de un paciente internado, aunque usted permanezca durante la noche.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Plan de atención: Un plan de atención centrado en la persona que aborda los servicios de atención médica que usted recibirá y cómo los recibirá. El plan es elaborado por el coordinador de servicios y usted, sus familiares, según corresponda, y sus proveedores. El plan de atención contendrá su historial médico; un resumen de necesidades de salud y sociales actuales, a corto plazo y a largo plazo; inquietudes y metas; y una lista de servicios requeridos, su frecuencia y una descripción de quién proporcionará dichos servicios.

Plan médico: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de servicios que le brindarán ayuda con todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Prótesis y ortótica: Son los dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de cuidado médico. Entre los artículos cubiertos, se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; prótesis oculares; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Este se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de cuidado médico sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a otro proveedor de cuidados médicos.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información sobre cómo recibir atención médica de proveedores de atención primaria.

Proveedor dentro de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos, y servicios y soportes a largo plazo.

- Cuentan con licencias o certificados de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan médico y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se los denomina “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o **centro fuera de la red:** Un proveedor o centro que nuestro plan no emplea, opera ni del que es propietario y que, además, no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Queja formal: Un reclamo que usted hace sobre nosotros o sobre un proveedor o una farmacia de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su atención médica.

Reclamo: Una declaración oral o por escrito que constata que usted tiene un problema o una inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud que tenga en cuanto a la calidad de su atención médica, nuestros proveedores de la red o nuestros proveedores fuera de la red. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “presentar una queja formal”.

Red: Un grupo grande de médicos, especialistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de cuidado médico. Este grupo se llama “red”. (Consulte el Capítulo 1 para obtener más información.)

Remisión: Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a otra persona que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación, puede que Amerigroup STAR+PLUS MMP no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como a especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Servicios cubiertos por Medicare**:** Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Servicios cubiertos: Término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y soportes a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta sin receta, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: El tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación compleja. Consulte el Capítulo 4 para conocer más sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Servicios y soportes a largo plazo (LTSS): Los servicios y soportes a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica crónica. La mayoría de estos servicios lo ayudan a que permanezca en su hogar y no tenga que acudir a un hogar de ancianos u hospital.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte Ayuda Extra (Extra Help).

Tasa diaria de distribución de costos: Costo que es posible que se aplique cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes.

A continuación, le presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (suministro para 31 días) es de $1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es menor que $0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será menor que $0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será menor que $0.35.

Terapia escalonada: Una norma de cobertura que requiere que usted primero intente con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Servicios para Miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP

LLAME AL	**1-855-878-1784** Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
ESCRIBA A	Amerigroup STAR+PLUS MMP MMP Member Services 5959 Corporate Drive, Suite 1300 Houston, TX 77036
SITIO WEB	www.myamerigroup.com/TXmmp

TEXAS Health and Human Services | TEXAS Medicare Medicaid PLAN Su Plan de Salud ★ Su Opción | Amerigroup

¿Tiene alguna pregunta?
Llámenos al número gratuito **1-855-878-1784** (TTY: **711**)
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
O bien, visite **www.myamerigroup.com/TXmmp**.

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) es un plan médico que tiene contrato con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos.

H8786_22_3000434_U_SP CMS Accepted 09/01/2021 1034327TXSSPAGP