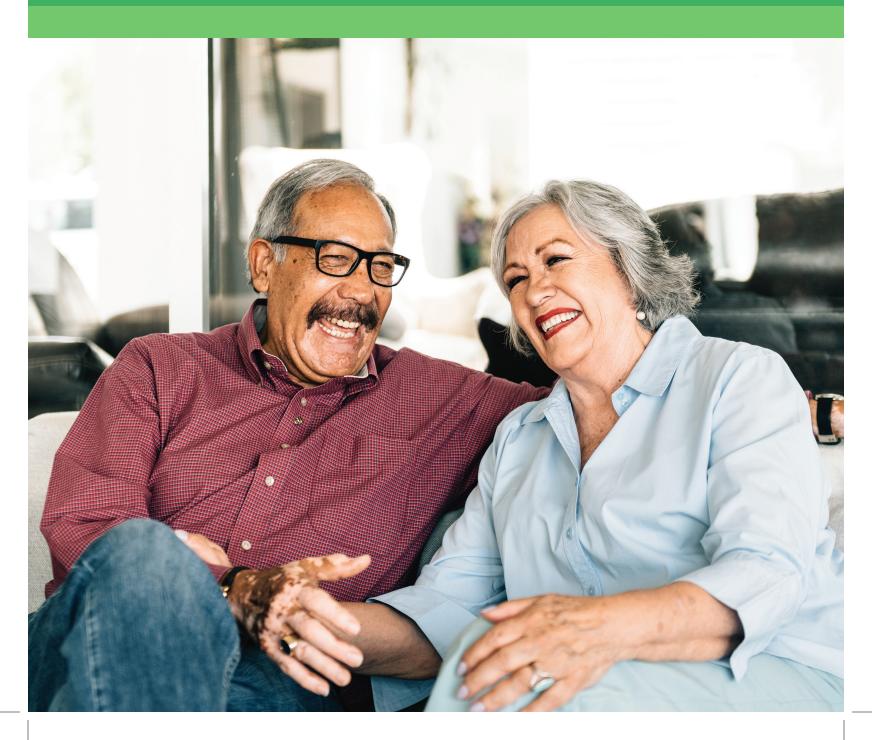






# Resumen de beneficios 2023

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



#### Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP. Contiene respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una visión general de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro 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. Limitaciones de responsabilidad   | 2  |
|--|----|
| B. Preguntas Frecuentes  | 3  |
| C. Visión general de los servicios   | 9  |
| D. Servicios cubiertos fuera de Amerigroup STAR+PLUS MMP                           | 28 |
| E. Servicios no cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicare ni Texas Medicaid | 29 |
| F. Sus derechos como miembro del plan  | 30 |
| G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado                          | 31 |
| H. Qué debe hacer si sospecha de la existencia de fraude                           | 32 |
| I. Formas de denunciar fraude, desperdicio o abuso                                 | 32 |
| I1 Para denunciar fraude, desperdicio o abuso, reúna toda la información posible   | 33 |

H8786\_23\_3002487\_U\_SP CMS Accepted <MM/DD/2022>

1041603TXMSPAGP



#### A. Limitaciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP para 2022. Es solo un resumen. Lea el *Manual del miembro* para ver la lista completa de beneficios. Para obtener el *Manual del miembro* impreso sin costo adicional, 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. Esta llamada es gratuita. También puede visitar nuestro sitio web www.myamerigroup.com/TXmmp para acceder al *Manual del miembro* o para solicitar uno.

- Amerigroup STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid) es un plan médico que tiene un contrato con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar a las personas inscritas los beneficios de ambos programas.
- ❖ Para obtener información adicional, también puede llamar 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 al 1-800-735-2989.
- Con Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted puede recibir los servicios de Medicare y Texas Medicaid en un solo plan médico. Un coordinador de servicios de Amerigroup STAR+PLUS MMP lo ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de salud.
- Esta no es una lista completa. La información sobre beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea el Manual del miembro.
- ❖ 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 gratis 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 se trata de un pedido 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 el pedido regular. Además, puede encontrar los documentos en línea en www.myamerigroup.com/TXmmp.

#### **B. Preguntas Frecuentes**

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes.

| Preguntas<br>Frecuentes (FAQ)  | Respuestas   |
|--|--|
| ¿Qué es un Plan<br>Medicare-Medicaid?  | Un Plan Medicare-Medicaid es un plan médico que tiene contrato con Medicare y con Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Es para personas que tienen Medicare y Medicaid. Un Plan Medicare-Medicaid 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 lo ayudarán a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita. |
| ¿Qué es un<br>coordinador de<br>servicios de<br>Amerigroup<br>STAR+PLUS MMP? | Un coordinador de servicios de Amerigroup STAR+PLUS MMP es su principal persona de contacto. Esta persona lo ayuda a manejar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted obtenga lo que necesita.   |
| ¿Qué son los<br>servicios y apoyo<br>a largo plazo?                          | Los servicios y apoyo a largo plazo son ayuda para personas que requieren asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, cocinar y tomar un medicamento. La mayoría de estos servicios se proporcionan en su casa o en su comunidad, pero podrían proporcionarse en un hogar de ancianos u hospital.  |

| Preguntas<br>Frecuentes (FAQ)  | Respuestas   |
|--|--|
| ¿Recibiré los<br>mismos beneficios<br>que recibo ahora de<br>Medicare y Texas<br>Medicaid en<br>Amerigroup<br>STAR+PLUS MMP? | Usted recibirá sus beneficios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid directamente de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Trabajará con un equipo de proveedores que lo ayudará a determinar qué servicios satisfacen mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora podrían cambiar. Obtendrá casi todos los beneficios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid directamente de Amerigroup STAR+PLUS MMP, pero es posible que siga recibiendo algunos beneficios como lo hace ahora, es decir, fuera del plan. |
|  | Cuando se inscriba en Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted y su equipo de coordinación de servicios trabajarán en conjunto para desarrollar un plan de atención para abordar sus necesidades de salud y apoyo. Durante este tiempo, usted puede seguir viendo a sus médicos y recibiendo sus servicios actuales por 90 días, o 180 días si está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo, o hasta que se complete el plan de atención.  |
|  | Si al ingresar a nuestro plan usted está tomando cualquier medicamento recetado de Medicare Parte D que Amerigroup STAR+PLUS MMP normalmente no cubre, puede recibir un suministro temporal. Lo ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que Amerigroup STAR+PLUS MMP cubra su medicamento si es médicamente necesario.  |

| Preguntas<br>Frecuentes (FAQ)  | Respuestas  |  |
|--|---|--|
| ¿Puedo consultar<br>a los mismos<br>médicos que  | Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con Amerigroup STAR+PLUS MMP y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir consultándolos.  |  |
| consulto ahora?  | <ul> <li>Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están<br/>"dentro de la red". Debe acudir a los proveedores de la red<br/>de Amerigroup STAR+PLUS MMP.</li> </ul>   |  |
|  | <ul> <li>Si necesita atención urgente, de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, puede acudir a proveedores fuera de la red de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Son excepciones a esta norma los casos en que necesita atención urgente, de emergencia o tratamientos de diálisis y no puede acudir a un proveedor del plan, por ejemplo, cuando está lejos de su casa. Además, puede recibir otros servicios que no sean de emergencia fuera del plan si Amerigroup STAR+PLUS MMP le da permiso para hacerlo por anticipado.</li> </ul> |  |
|  | Para saber si sus médicos pertenecen a la red del plan, llame a Servicios para Miembros o lea el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> de Amerigroup STAR+PLUS MMP en el sitio web del plan: www.myamerigroup.com/TXmmp.   |  |
|  | Si Amerigroup STAR+PLUS MMP es nuevo para usted, puede seguir consultando a los médicos a los que consulta ahora durante 90 días, o 180 días si está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo, o hasta que se complete su plan de atención. Durante ese tiempo, trataremos de ingresar a su proveedor en nuestra red.   |  |
| ¿Qué sucede si<br>necesito un servicio,<br>pero nadie de la red<br>de Amerigroup<br>STAR+PLUS MMP<br>puede proporcionarlo? | La mayoría de los servicios serán proporcionados por nuestros proveedores de la red. Si necesita un servicio que no puede proporcionarse en nuestra red, Amerigroup STAR+PLUS MMP pagará el costo de un proveedor fuera de la red.  |  |
| ¿Dónde está<br>disponible<br>Amerigroup<br>STAR+PLUS MMP?  | El área de servicio para este plan incluye los condados de Bexar, El Paso,<br>Harris y Tarrant, en Texas. Debe vivir en una de estas áreas para inscribirse<br>en el plan.  |  |

| Preguntas<br>Frecuentes (FAQ)   | Respuestas  |
|---|---|
| ¿Pagaré un monto<br>mensual (también<br>llamado prima) por<br>la cobertura de<br>Amerigroup<br>STAR+PLUS MMP? | No pagará ninguna prima mensual a Amerigroup STAR+PLUS MMP por su cobertura médica.   |
| ¿Qué es la<br>autorización<br>previa (PA)?  | PA significa que usted debe obtener aprobación de<br>Amerigroup STAR+PLUS MMP antes de recibir un servicio o medicamento<br>específico, o de consultar a un proveedor fuera de la red.  |
|   | Es posible que Amerigroup STAR+PLUS MMP no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene aprobación. Si necesita atención urgente, de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no necesita obtener la aprobación primero.   |
|   | Consulte el Capítulo 3 del <i>Manual del miembro</i> para obtener más información sobre la PA. Consulte el Cuadro de Beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del <i>Manual del miembro</i> para obtener información acerca de los servicios que requieren PA.   |
| ¿Qué es una<br>referencia?  | Una referencia significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de consultar a otra persona que no sea su PCP o de usar otros proveedores de la red del plan. Es posible que Amerigroup STAR+PLUS MMP no cubra los servicios si usted no obtiene aprobación. No necesita una referencia para consultar a determinados especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. |
|   | Para obtener más información sobre cuándo requiere una referencia de su PCP, consulte el Capítulo 3 del <i>Manual del miembro</i> .   |

| Preguntas<br>Frecuentes (FAQ)   | Respuestas  |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| ¿Qué es la Ayuda<br>Extra ("Extra Help")?                                 | 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".   |   |  |  |
|   | Sus copagos por medicamentos recetados conforme a Amerigroup STAR+PLUS MMP ya incluyen la Ayuda Extra ("Extra Help") para la que usted califica. Para obtener más información sobre Ayuda Extra ("Extra Help"), comuníquese con la Oficina del Seguro Social local, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. |   |  |  |
| ¿Con quién debo<br>comunicarme si<br>tengo preguntas<br>o necesito ayuda? | Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación del miembro, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP:  |   |  |  |
| (Este servicio  | LLAME AL:   | 1-855-878-1784  |  |  |
| continúa en la<br>página siguiente)                                       |   | 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. |  |  |

| Preguntas<br>Frecuentes (FAQ)                        | Respuestas  |   |  |
|--|---|---|--|
| ¿Con quién debo<br>comunicarme si<br>tengo preguntas | Si tiene preguntas acerca de su salud, comuníquese con la Línea de<br>Llamadas de Consejos de Enfermería: |   |  |
| o necesito ayuda?                                    | LLAME AL:   | 1-855-878-1784  |  |
| (continuación)                                       |   | Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas,<br>los 7 días de la semana. |  |
|  | TTY:  | 711   |  |
|  |   | Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.    |  |
|  | Si necesita servicios inmediatos de salud conductual, llame a la Línea de crisis de salud conductual:     |   |  |
|  | LLAME AL:   | 1-855-878-1784  |  |
|  |   | Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas,<br>los 7 días de la semana. |  |
|  | TTY:  | 711   |  |
|  |   | Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas,<br>los 7 días de la semana. |  |

#### C. Visión general de los servicios

La siguiente tabla contiene una visión general breve de los servicios que puede necesitar, sus costos y las normas que se aplican a los beneficios.

| Necesidad<br>o problema<br>de salud   | Servicios que puede necesitar  | Sus costos para los proveedores dentro de la red  | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)  |
|---|--|---|--|
| Necesita<br>un médico   | Visitas para tratar una<br>lesión o enfermedad   | \$0   |  |
|   | Visitas de bienestar,<br>como un examen físico   | \$0   |  |
|   | Atención de un especialista  | \$0   | Es posible que se requiera<br>autorización previa<br>y una referencia.   |
|   | Atención médica para<br>prevenir enfermedades,<br>como una vacuna contra<br>la influenza | \$0   |  |
|   | Visita preventiva de<br>"Bienvenida a Medicare"<br>(solo una vez)                        | \$0   |  |
| Necesita<br>exámenes  | Pruebas de laboratorio,<br>como análisis de sangre                                       | \$0   | Es posible que se requiera autorización previa.  |
| médicos   | Radiografías u otras<br>imágenes, como<br>tomografías axiales<br>computarizadas (TAC)    | \$0   | Es posible que se requiera autorización previa.  |
|   | Pruebas de detección,<br>como pruebas para<br>detectar cáncer                            | \$0   | Es posible que se requiera autorización previa.  |
| Necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o condición (Este servicio | Medicamentos<br>genéricos (que no son<br>de marca)                                       | Copago de \$0 a \$4.15<br>por un suministro<br>para hasta 93 días<br>de medicamentos<br>genéricos cubiertos<br>de la Parte D. | Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> (lista de medicamentos). |
| continúa en la<br>página siguiente)   |  | Nivel 1: copago<br>de \$0 por<br>medicamentos   | Algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa.  |



| Necesidad<br>o problema<br>de salud   | Servicios que puede necesitar                               | Sus costos para los<br>proveedores dentro<br>de la red   | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)   |
|---|---|--|---|
| Necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o condición (continuación) | Medicamentos genéricos (que no son de marca) (continuación) | genéricos preferidos de Medicare Parte D (suministro para hasta 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red) • Nivel 2: copago de \$0 a \$4.15 por medicamentos genéricos preferidos y no preferidos de Medicare Parte D (suministro para hasta 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red) | Las farmacias minoristas o de pedido por correo de la red de nuestro plan le permiten pedir un suministro extendido para hasta 93 días de ciertos medicamentos de los Niveles 1 y 2.  Su copago será el mismo para un suministro para 31 días o para 93 días. |
|   |   | Nivel 3: copago de \$0 por medicamentos recetados aprobados por Texas Medicaid/ el estado y no cubiertos por Medicare (suministro para hasta 31 días en una farmacia minorista de la red)      Nivel 4: copago de \$0 por medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por  |   |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud   | Servicios que puede necesitar                               | Sus costos para los<br>proveedores dentro<br>de la red   | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)   |
|---|---|--|---|
| Necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o condición (continuación) | Medicamentos genéricos (que no son de marca) (continuación) | Texas Medicaid/ el estado; los medicamentos OTC cubiertos requieren una receta de su proveedor (suministro para hasta 31 días en una farmacia minorista de la red) Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda Extra ("Extra Help") que reciba. Para obtener más detalles, comuníquese con el plan. |   |
|   | Medicamentos de marca                                       | Copago de \$0 a \$10.35 por un suministro para hasta 93 días de medicamentos de marca cubiertos de la Parte D. • Nivel 1: copago de \$0 por medicamentos de marca preferidos de Medicare Parte D (suministro para hasta 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red)  | Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> (lista de medicamentos).  Algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa.  Las farmacias minoristas o de pedido por correo de la red de nuestro plan le permiten pedir un suministro extendido para hasta 93 días de ciertos medicamentos de los Niveles 1 y 2. |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud  | Servicios que puede necesitar           | Sus costos para los<br>proveedores dentro<br>de la red   | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios) |
|--|---|--|---|
| Necesita<br>medicamentos<br>para el tratamiento<br>de su enfermedad<br>o condición<br>(continuación) | Medicamentos de marca<br>(continuación) | Nivel 2: copago de     \$0 a \$10.35 por     medicamentos de     marca preferidos     y no preferidos de     Medicare Parte D     (suministro para     hasta 93 días en     una farmacia     minorista o de     pedido por correo     de la red) | Su copago será el mismo para un suministro para 31 días o para 93 días.                   |
|  |   | Nivel 3: copago de \$0 por medicamentos de marca recetados aprobados por Texas Medicaid/ el estado (suministro para hasta 31 días en una farmacia minorista de la red)   |   |
|  |   | • Nivel 4: copago de \$0 por medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por Texas Medicaid/ el estado; los medicamentos OTC cubiertos requieren una receta de su proveedor (suministro para hasta 31 días en una farmacia minorista de la red)  |   |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud  | Servicios que puede necesitar              | Sus costos para los<br>proveedores dentro<br>de la red  | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)  |
|--|--|---|--|
| Necesita<br>medicamentos<br>para el tratamiento<br>de su enfermedad<br>o condición<br>(continuación) | Medicamentos de marca<br>(continuación)    | Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda Extra ("Extra Help") que reciba. Para obtener más detalles, comuníquese con el plan. |  |
|  | Medicamentos de venta libre                | \$0   | Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> (lista de medicamentos).  Amerigroup STAR+PLUS MMP cubre algunos medicamentos OTC con una receta escrita de su proveedor. Estos medicamentos están en el Nivel 4 de la Lista de medicamentos.  |
|  | Medicamentos recetados de Medicare Parte B | \$0   | Los medicamentos de la Parte B incluyen los medicamentos que le administra el médico en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se utilizan con ciertos equipos médicos. Lea el Manual del miembro para obtener más información sobre estos medicamentos.  Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos.  Es posible que se requiera autorización previa. |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud  | Servicios que puede necesitar                               | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)                           |
|--|---|--|---|
| Necesita terapia<br>después de<br>un accidente<br>cerebrovascular<br>u otro tipo<br>de accidente | Fisioterapia, terapia<br>ocupacional o terapia<br>del habla | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
| Necesita atención de emergencia  | Servicios en sala<br>de emergencias                         | \$0  | No se requiere autorización previa para servicios de emergencia.  |
|  |   |  | Los servicios fuera de la red están cubiertos.  |
|  |   |  | Los servicios no están cubiertos<br>fuera de EE. UU. y sus territorios<br>excepto bajo<br>circunstancias limitadas. |
|  | Servicios de ambulancia                                     | \$0  | Los servicios de ambulancia<br>médicamente necesarios<br>están cubiertos.   |
|  |   |  | Es posible que se requiera autorización previa para servicios que no sean de emergencia.                            |
|  | Atención de urgencia  | \$0  | No se requiere autorización previa<br>para servicios de atención<br>de urgencia.                                    |
|  |   |  | Los servicios fuera de la red están cubiertos.  |
|  |   |  | Los servicios no están cubiertos<br>fuera de EE. UU. y sus territorios<br>excepto bajo<br>circunstancias limitadas  |
|  |   |  | Los servicios fuera de la red están cubiertos.  Los servicios no están cubiertos fuera de EE. UU. y sus territorios |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud                          | Servicios que puede necesitar                       | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)                                      |
|--|---|--|--|
| Necesita cuidado<br>hospitalario                             | Hospitalización                                     | \$0  | Salvo en caso de una emergencia,<br>su médico debe informar al plan<br>que usted será admitido en<br>el hospital.              |
|  |   |  | Es posible que se apliquen limitaciones.   |
|  |   |  | El plan ofrece treinta (30) días adicionales por periodo de beneficios.  |
|  |   |  | Es posible que se requiera autorización previa.  |
|  | Atención brindada por<br>un médico o un cirujano    | \$0  | La atención brindada por un<br>médico o un cirujano está cubierta<br>durante una hospitalización.                              |
|  |   |  | Salvo en caso de una emergencia,<br>su médico debe informar al plan<br>que usted será admitido en<br>el hospital.              |
|  |   |  | Es posible que se requiera autorización previa.  |
| Necesita ayuda<br>para recuperarse<br>o tiene<br>necesidades | Servicios de rehabilitación                         | \$0  | Además del beneficio cubierto,<br>el plan ofrece 12 visitas<br>adicionales de servicios de<br>rehabilitación cardíaca por año. |
| especiales<br>de salud                                       |   |  | Es posible que se requiera<br>autorización previa<br>y una referencia.   |
|  | Equipo médico para<br>cuidado médico en<br>el hogar | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.  |
|  | Cuidado especializado<br>de enfermería              | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.  |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud                   | Servicios que puede necesitar    | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)   |
|---|----------------------------------|--|---|
| Necesita cuidado<br>de los ojos                       | Exámenes de la vista             | \$0  | Además del beneficio de<br>Texas Medicaid, el plan cubre un<br>examen de la vista de rutina<br>por año.   |
|   |                                  |  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   | Anteojos o lentes<br>de contacto | \$0  | Además del beneficio de<br>Texas Medicaid, el plan cubre un<br>par de lentes, marcos para<br>anteojos o lentes de contacto por<br>año hasta \$300.  |
|   |                                  |  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
| Necesita cuidado dental                               | Chequeos dentales                | \$0  | Servicios de diagnóstico tales como:  |
| (Este servicio<br>continúa en la<br>página siguiente) |                                  |  | <ul> <li>Un examen dental preventivo cada seis meses</li> <li>Una limpieza dental cada seis meses</li> <li>Un set de radiografías dentales por año</li> </ul>   |
|   | Cuidado dental integral          | \$0  | \$400 por trimestre calendario. El monto restante del beneficio pasa de un trimestre al otro. Cualquier monto restante al final del año no pasará al año siguiente.   |
|   |                                  |  | Los beneficios incluyen:  |
|   |                                  |  | <ul> <li>Servicios que no sean de rutina, tales como empastes, extracciones, tratamientos de conducto, coronas, puentes y dentaduras postizas</li> <li>Servicios de diagnóstico</li> <li>Servicios de restauración</li> <li>Endodoncias, periodoncias y extracciones</li> </ul> |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud   | Servicios que puede necesitar                       | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)   |
|---|---|--|---|
| Necesita cuidado dental   | Cuidado dental integral (continuación)              |  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
| (continuación)  |   |  | Se aplican limitaciones. Llame a Servicios para Miembros para conocer los detalles.   |
|   |   |  | Los beneficios difieren para<br>miembros calificados e inscritos en<br>un programa de exención<br>administrado por el estado.                                       |
| Necesita servicios auditivos  | Exámenes de diagnóstico de audición                 | \$0  | Los beneficios incluyen estos servicios ilimitados:   |
| o de audición   |   |  | <ul> <li>Exámenes de audición<br/>de rutina</li> <li>Ajuste/evaluaciones<br/>para audífonos</li> <li>Es posible que se requiera<br/>autorización previa.</li> </ul> |
|   | Audífonos   | \$0  | Además del beneficio de Texas Medicaid, el plan cubre hasta \$2,000 por año para audífonos médicamente necesarios. Es posible que se requiera autorización previa.  |
| Tiene una<br>condición<br>crónica, como<br>diabetes o una<br>enfermedad<br>cardíaca | Servicios para ayudar<br>a manejar<br>su enfermedad | \$0  | Los beneficios incluyen entrenamiento de autoadministración para la diabetes e información sobre la enfermedad renal. Se aplican limitaciones.                      |
| (Este servicio continúa en la   |   |  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
| página siguiente)   | Suministros y servicios para la diabetes            | \$0  | El beneficio incluye:     Suministros para el control de la diabetes  |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud   | Servicios que puede necesitar                                 | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)  |
|---|---|--|--|
| Tiene una condición crónica, como diabetes o una enfermedad cardíaca (continuación) | Suministros y servicios<br>para la diabetes<br>(continuación) |  | <ul> <li>Zapatos y plantillas moldeados<br/>a medida o un par de zapatos<br/>profundos por año</li> <li>Plantillas adicionales según<br/>sus necesidades</li> <li>Se aplican limitaciones.</li> <li>Comuníquese con Servicios para<br/>Miembros para obtener una lista<br/>de suministros cubiertos.</li> <li>Es posible que se requiera</li> </ul>  |
| Tiene una condición de salud mental   | Servicios de salud mental o conductual                        | \$0  | <ul> <li>autorización previa.</li> <li>El beneficio incluye: <ul> <li>Visitas de terapia individual</li> <li>Visitas de terapia grupal</li> <li>Visitas de terapia individual con un psiquiatra</li> <li>Visitas de terapia grupal con un psiquiatra</li> <li>Servicios del programa de hospitalización parcial</li> <li>Centro de tratamiento residencial</li> <li>Servicios de hospitalización para pacientes internados</li> </ul> </li> <li>Es posible que se requiera autorización previa.</li> </ul> |
| Tiene un problema<br>de abuso<br>de sustancias                                      | Servicios por abuso<br>de sustancias                          | \$0  | <ul> <li>Visitas individuales para el tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias</li> <li>Visitas grupales para el tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias</li> <li>Centro de tratamiento residencial</li> <li>Servicios de hospitalización para pacientes internados</li> <li>Es posible que se requiera autorización previa.</li> </ul>   |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud                   | Servicios que puede necesitar               | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)                         |
|---|---|--|---|
| Necesita servicios<br>de salud mental                 | Atención de pacientes<br>hospitalizados que | \$0  | Días de internación ilimitados en un hospital psiquiátrico.   |
| a largo plazo   | necesitan cuidado de<br>salud mental        |  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   |   |  | Salvo en caso de una emergencia,<br>su médico debe informar al plan<br>que usted será admitido en<br>el hospital. |
| Necesita equipo<br>médico duradero                    | Sillas de ruedas                            | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
| (DME)   | Nebulizadores                               | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   | Muletas                                     | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   | Andadores                                   | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   | Suministros y equipo de oxígeno             | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
| Necesita ayuda<br>para vivir en<br>su casa            | Comidas con entrega<br>a domicilio          | \$0  | El plan cubre comidas entregadas<br>a domicilio para miembros<br>con exención.                                    |
| (Este servicio<br>continúa en la<br>página siguiente) |   |  | El beneficio requiere la calificación y la inscripción en un programa de exención administrado por el estado.     |
|   |   |  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   | Servicios en el hogar,<br>como limpieza     | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   | o tareas domésticas                         |  | Es posible que se apliquen los requisitos de elegibilidad del estado.   |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud                          | Servicios que puede necesitar   | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)  |
|--|---|--|--|
| Necesita ayuda<br>para vivir en<br>su casa<br>(continuación) | Adaptaciones en la casa, como rampas y acceso para sillas de ruedas   | \$0  | Los beneficios tienen límites:  • Un límite de por vida de \$7,500  • Un límite anual de \$300  El beneficio requiere la calificación y la inscripción en un programa de exención administrado por el estado.  Es posible que se requiera autorización previa.  Para obtener más detalles, |
|  |   |  | comuníquese con Servicios para Miembros.   |
|  | Asistente de cuidado personal   | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.  |
|  | (Quizás pueda emplear<br>a su propio asistente.<br>Llame a Servicios para<br>Miembros para obtener<br>más información). |  | Es posible que se apliquen los requisitos de elegibilidad del estado.  |
|  | Capacitación para<br>ayudarlo a obtener<br>trabajos remunerados<br>o no remunerados                                     | \$0  | El beneficio requiere la calificación y la inscripción en un programa de exención administrado por el estado.  |
|  |   |  | Es posible que se requiera autorización previa y una referencia.   |
|  | Servicios de cuidado<br>médico en el hogar  | \$0  | Estos servicios están disponibles para todos los miembros, según la necesidad.   |
|  |   |  | Es posible que se requiera autorización previa.  |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud   | Servicios que puede necesitar                                   | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)  |
|---|---|--|--|
| Necesita ayuda<br>para vivir en<br>su casa<br>(continuación)                | Servicios para<br>ayudarlo a vivir de<br>manera independiente   | \$0  | Es posible que el beneficio requiera la calificación y la inscripción en un programa de exención administrado por el estado.  Es posible que se requiera   |
|   |   |  | autorización previa<br>y una referencia.   |
|   | Servicios diurnos para<br>adultos u otros servicios<br>de apoyo | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa.  |
| Necesita un lugar<br>para vivir donde<br>haya personas<br>para ayudarlo     | Servicios de vida<br>asistida u otros servicios<br>de vivienda  | \$0  | El beneficio requiere la calificación y la inscripción en un programa de exención administrado por el estado.  |
|   |   |  | Es posible que se requiera autorización previa.  |
|   | Atención de un hogar<br>de ancianos                             | \$0  | Los servicios están disponibles para los miembros que cumplan con criterios específicos de nivel de cuidado.   |
|   |   |  | Es posible que se requiera autorización previa.  |
| Su cuidador<br>necesita<br>tiempo libre<br>(Este servicio<br>continúa en la | Cuidado de relevo   | \$0  | El plan ofrece 30 días o hasta 720 horas para miembros calificados e inscritos en un programa de exención administrado por el estado.  |
| página siguiente)   |   |  | Además, el plan ofrece ocho horas por año de servicios de relevo para miembros que no tienen la exención de STAR+PLUS (SPW). Se proporcionan en intervalos de cuatro horas para dos días u ocho horas para un día. |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud   | Servicios que puede necesitar  | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)  |
|---|--|--|--|
| Su cuidador<br>necesita<br>tiempo libre<br>(continuación)   | Cuidado de relevo<br>(continuación)  |  | Los lugares de servicio cubiertos pueden incluir la casa o el lugar de residencia del miembro, hogares de acogida, hospitales, centros de enfermería y otros centros residenciales de atención comunitaria.  Es posible que se requiera autorización previa.     |
| Necesita<br>transporte  | Servicios de ambulancia  | \$0  | Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.   |
|   | Servicios de transporte<br>médico que no son de<br>emergencia (NEMT)<br>para acudir al médico,<br>al dentista, al hospital,<br>a la farmacia y a otros<br>lugares donde recibe<br>servicios de cuidado<br>de salud | \$0  | Para obtener más información sobre los servicios de NEMT, consulte los Capítulos 3 y 4 del <i>Manual del miembro</i> .   |
| Servicios<br>cubiertos<br>adicionales<br>(Estos servicios<br>continúan en la<br>página siguiente) | Comidas entregadas<br>a domicilio luego de<br>recibir el alta  | \$0  | El plan cubre comidas entregadas a domicilio luego de ser dado de alta del hospital, un centro de enfermería especializada o un centro de cuidados de custodia. Este beneficio adicional cubre dos comidas por día hasta cinco días.  Es posible que se requiera |
|   | Productos de venta libre (OTC)   | \$0  | autorización previa.  Además del beneficio de Texas Medicaid, el plan ofrece un monto para gastos de \$51 cada tres meses para medicamentos de venta libre (OTC) y artículos   |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud                     | Servicios que puede necesitar  | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)   |
|---|--|--|---|
| Servicios<br>cubiertos<br>adicionales<br>(continuación) | Productos de venta libre (OTC) (continuación)  |  | relacionados con el cuidado de la salud aprobados. Estos medicamentos de venta libre se entregan a través del pedido por correo y no necesitan receta.  Los montos para gastos que no se utilicen pasarán de un trimestre a otro y vencerán al final del año.         |
|   | Un álbum de fotografías<br>de recuerdo para alentar<br>la retención de<br>la memoria | \$0  | Los álbumes de fotos pueden ayudar a estimular los recuerdos a los miembros que tienen Alzheimer u otros tipos de demencia.   |
|   |  |  | Un álbum de fotos de por vida. Debe tener diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia. Hable con su coordinador de servicios para obtener más información.   |
|   |  |  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   | Membresía en club de salud/clases de   | \$0  | Membresía en el Programa de Ejercicios SilverSneakers®.   |
|   | actividad física   |  | SilverSneakers no es una membresía de gimnasio, sino un programa especializado diseñado específicamente para adultos mayores. No se incluyen las membresías para gimnasios y otros programas de actividad física que no cumplen con los requisitos de SilverSneakers. |
|   |  |  | Los miembros reciben capacitación sobre el uso de los equipos en los centros de actividad física contratados y programas de ejercicio a su propio ritmo en el hogar a través de una orientación del programa.   |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud                     | Servicios que puede necesitar   | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)  |
|---|---|--|--|
| Servicios<br>cubiertos<br>adicionales<br>(continuación) | Membresía en club de<br>salud/clases de<br>actividad física<br>(continuación) |  | El Programa de Ejercicios 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. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.                                |
|   | Sistema de Respuesta<br>ante Emergencias<br>Personales (PERS)                 | \$0  | Sistema de control para usar en el cuello o la muñeca, denominado Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS), para los miembros que no tienen la exención de STAR+PLUS y que no están inscritos en los Servicios de Primera Opción Comunitaria de STAR+PLUS. El miembro debe vivir en la comunidad.  Es posible que se requiera autorización previa.                      |
|   | Servicios de consejería   | \$0  | Se incluyen servicios de consejería para ciertos temas y/o programas médicamente necesarios, por ejemplo:  • Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  • Abuso del alcohol  • Cáncer de pulmón  • Terapia nutricional médica Consulte el <i>Manual del miembro</i> para ver más temas y/o programas médicamente necesarios.  Es posible que se requiera autorización previa. |

<sup>?</sup> 

| Necesidad<br>o problema<br>de salud                     | Servicios que puede necesitar                                    | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)   |
|---|--|--|---|
| Servicios<br>cubiertos<br>adicionales<br>(continuación) | Acupuntura para dolor<br>lumbar crónico cubierta<br>por Medicare | \$0  | Hasta 12 visitas en 90 días<br>y 8 sesiones adicionales si se<br>demuestra una mejora. Límite de<br>20 tratamientos de acupuntura<br>por año.   |
|   |  |  | Como un beneficio flexible, el plan<br>también cubre hasta<br>6 tratamientos de acupuntura<br>por año.  |
|   | Servicios de podología   | \$0  | Cobertura de una (1) visita cada tres meses para la atención de rutina de los pies.   |
|   |  |  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   | Control de plagas  | \$0  | Un tratamiento cada tres meses para eliminar roedores, cucarachas y otras plagas peligrosas del hogar con el fin de proporcionar un entorno más saludable para los miembros en la comunidad.  |
|   |  |  | Es posible que se requiera autorización previa.   |
|   | Servicios de tratamiento por uso de opioides                     | \$0  | El plan pagará por los siguientes<br>servicios para tratar los trastornos<br>por el uso de opioides:  |
|   |  |  | <ul> <li>Medicamentos aprobados por<br/>la Administración de Alimentos<br/>y Medicamentos (FDA) y,<br/>si corresponde, el control y la<br/>administración de<br/>estos medicamentos</li> <li>Consejería relacionada con el<br/>abuso de sustancias</li> </ul> |
|   |  |  | Terapia individual y grupal   |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud                     | Servicios que puede necesitar   | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)   |
|---|---|--|---|
| Servicios<br>cubiertos<br>adicionales<br>(continuación) | Servicios de tratamiento por uso de opioides (continuación)  Beneficios y servicios | \$0  | <ul> <li>Prueba de detección de drogas<br/>o sustancias químicas en el<br/>cuerpo (prueba de toxicología)</li> <li>Es posible que se requiera<br/>autorización previa.</li> <li>Los siguientes servicios están</li> </ul>   |
|   | de apoyo  |  | <ul> <li>disponibles para los miembros calificados:</li> <li>Modificaciones menores en el hogar</li> <li>Habilitación</li> <li>Administración de la atención</li> <li>Servicios de enfermería</li> <li>Atención de tutela temporal para adultos</li> <li>Servicios de asistencia de transición</li> <li>Terapia de rehabilitación cognitiva</li> <li>Suministros médicos y ayudas de adaptación</li> <li>Consultas de apoyo</li> <li>Servicios de planificación familiar</li> <li>Centros de maternidad independientes</li> <li>Es posible que se apliquen requisitos de elegibilidad del estado o que el beneficio requiera calificación e inscripción en un programa de exención administrado por el estado.</li> <li>Es posible que se requiera autorización previa y una referencia.</li> </ul> |

| Necesidad<br>o problema<br>de salud                     | Servicios que puede necesitar                      | Sus costos para los proveedores dentro de la red | Limitaciones, excepciones<br>e información de beneficios<br>(normas sobre los beneficios)   |
|---|--|--|---|
| Servicios<br>cubiertos<br>adicionales<br>(continuación) | Servicios de actividades<br>diarias y salud (DAHS) | \$0  | Servicios de día para los miembros que residen en la comunidad. 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 miembro.  |
|   |  |  | Es posible que se apliquen requisitos de elegibilidad del estado o que el beneficio requiera calificación e inscripción en un programa de exención administrado por el estado.  |
|   |  |  | Es posible que se requiera autorización previa y una referencia.  |
|   | Servicios de asistencia personal                   | \$0  | El plan puede cubrir los siguientes servicios, si son funcional o médicamente necesarios, y otros servicios no incluidos en esta lista:   |
|   |  |  | <ul> <li>Ayuda para asearse</li> <li>Ayuda para comer</li> <li>Ayuda para bañarse</li> <li>Ayuda para vestirse y para la higiene personal</li> <li>Tareas funcionales para la vida diaria/ayuda para planificar y preparar las comidas</li> <li>Es posible que se requiera autorización previa y una referencia.</li> </ul> |

| Necesidad   | Servicios que puede necesitar                | Sus costos para los | Limitaciones, excepciones  |
|---|--|---------------------|--|
| o problema  |  | proveedores dentro  | e información de beneficios  |
| de salud  |  | de la red           | (normas sobre los beneficios)  |
| Servicios<br>cubiertos<br>adicionales<br>(continuación) | Línea de Ayuda de<br>Enfermería las 24 Horas | \$0                 | Como miembro, tiene acceso a la Línea de Ayuda de Enfermería las 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 sus preguntas relacionadas con la salud. La llamada es gratuita y el servicio está disponible en cualquier momento, incluidos los fines de semana y los días feriados. Además, su llamada siempre es confidencial. Llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al 1-855-878-1784. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. |

#### D. Servicios cubiertos fuera de Amerigroup STAR+PLUS MMP

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros para saber qué otros servicios no cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP están disponibles a través de Medicare o Texas Medicaid.

| Otros servicios cubiertos por Medicare o Texas Medicaid    | Sus costos |
|--|------------|
| Algunos servicios de cuidado para enfermos terminales      | \$0        |
| Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR) | \$0        |

#### E. Servicios no cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicare ni Texas Medicaid

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros o lea el *Manual del miembro* para obtener información sobre otros servicios excluidos.

| Servicios no cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicare ni Texas Medicaid             |   |  |
|---|---|--|
| Habitación privada  | No se brinda cobertura para una habitación privada<br>en un hospital, excepto cuando se considere<br>médicamente necesaria.   |  |
| Enfermeros privados   | Los servicios de enfermería privada prestados en un hospital no están cubiertos por nuestro plan.   |  |
| Cirugía cosmética   | Cirugía cosmética u otro tipo de trabajo estético, a menos que sea por una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo cuya forma es anómala. 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   | Cuidados que no sean la manipulación manual de la columna de conformidad con la guía de cobertura de Medicare o para tratar una condición aguda o una exacerbación aguda de una condición crónica de conformidad con la guía de cobertura de Texas Medicaid.  |  |
| Servicios o procedimientos de mejora electivos<br>o voluntarios                             | Incluidos los procedimientos para pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, retraso del envejecimiento y rendimiento mental, a menos que se consideren médicamente necesarios.   |  |
| Servicios de naturopatía  | Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).  |  |
| Servicios ofrecidos a veteranos en centros del<br>Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) | Cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y los costos compartidos del VA son superiores a los costos compartidos conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano.   |  |

#### F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin ser sancionado. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de cuidado de salud. Le informaremos sobre sus derechos, al menos, una vez por año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea el *Manual del miembro*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tiene derecho al respeto, la justicia y la dignidad. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Obtener servicios cubiertos sin inconvenientes por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, capacidad de pago o capacidad para hablar en inglés
  - o Recibir información en otros formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio)
  - No ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión física
  - No recibir facturas de los proveedores de la red
- Tiene derecho a obtener información sobre su cuidado de salud. Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un formato que usted pueda entender. Estos derechos incluyen obtener información sobre lo siguiente:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de los proveedores y administradores de cuidado médico
- Tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado médico, incluso a rechazar el tratamiento. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar de PCP en cualquier momento durante el año
  - o Consultar a un proveedor de salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de su precio o de si están cubiertas
  - Rechazar un tratamiento, incluso si su médico le aconseja lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos
  - Pedir una segunda opinión. Amerigroup STAR+PLUS MMP pagará el costo de la visita para recibir una segunda opinión.

- Tiene derecho a acceder oportunamente a la atención sin barreras de comunicación ni de acceso físico. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - o Recibir atención médica de manera oportuna
  - Entrar al consultorio de un proveedor de cuidado médico y salir de este. Esto significa que debe haber un acceso libre de obstáculos para las personas con discapacidades de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act).
  - Recibir ayuda de intérpretes para comunicarse con sus médicos y con el plan médico
- Tiene derecho a recibir atención urgente y de emergencia cuando la necesite. Esto significa que usted tiene derecho a lo siguiente:
  - Recibir servicios de emergencia sin aprobación previa (PA) en caso de emergencia
  - Consultar a un proveedor de atención urgente o de emergencia fuera de la red cuando sea necesario
- Tiene derecho a la confidencialidad y a la privacidad. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos en una forma que pueda entenderlos y pedir que sus registros sean modificados o corregidos.
  - Mantener la privacidad de su información de salud personal.
- Tiene derecho a presentar quejas sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - o Presentar una queja o un reclamo contra nosotros o nuestros proveedores
  - Solicitar una audiencia imparcial estatal
  - Conocer en detalle el motivo por el que se rechazaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual del miembro* de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP.

#### G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o piensa que Amerigroup STAR+PLUS MMP debe cubrir algo que denegamos, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Tal vez pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* de Amerigroup STAR+PLUS MMP. También puede llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP.

| O bien, contáctenos por correo:  | O por fax:   |
|--|--|
| Amerigroup STAR+PLUS MMP Complaints, Appeals, and Grievances Mailstop: OH0205-A537 | Para la Parte C (atención médica): 1-888-458-1406 Para la Parte D (medicamentos recetados): 1-888-458-1407 |
| 4361 Irwin Simpson Road<br>Mason, OH 45040   |  |

#### H. Qué debe hacer si sospecha de la existencia de fraude

La mayoría de las organizaciones y los profesionales de cuidado de salud que proporcionan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que existan algunos deshonestos.

Si cree que un médico, un hospital o una farmacia está actuando de manera inapropiada, contáctenos.

- Llame a Servicios para Miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Los números de teléfono se encuentran en la portada de este resumen.
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.

Infórmenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico, otros proveedores de cuidado médico o una persona que obtiene beneficios está actuando de manera inapropiada. Actuar de manera inapropiada puede incluir cometer fraude, desperdicio o abuso, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien:

- Está recibiendo un pago por servicios que no prestó o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre una condición médica para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use su identificación de Texas Medicaid.
- Está usando la identificación de Texas Medicaid de otra persona.
- Está mintiendo sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

#### I. Formas de denunciar fraude, desperdicio o abuso

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Ingrese en <u>oig.hhs.texas.gov/</u> y haga clic en "Denunciar fraude" (Report Fraud) para completar el formulario en línea; o

- Denúncielo directamente al plan médico:
  - o Nombre de la Organización de Cuidado Administrado (MCO);
  - Dirección de la oficina/del director de la MCO; y
  - Número gratuito de la MCO.

#### 11. Para denunciar fraude, desperdicio o abuso, reúna toda la información posible.

- Para denunciar a un proveedor (un médico, dentista, consejero, etc.), incluya lo siguiente:
  - o El nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor
  - El nombre y la dirección del centro (hospital, hogar de ancianos, agencia de cuidado médico en el hogar, etc.)
  - El número de Texas Medicaid del proveedor y del centro, si lo sabe
  - El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  - o Los nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
  - Las fechas de los eventos
  - Un resumen de lo ocurrido
- Al denunciar a alguien que obtiene beneficios, incluya lo siguiente:
  - o El nombre de la persona
  - La fecha de nacimiento de la persona, su Número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
  - La ciudad donde vive la persona
  - Detalles específicos acerca del fraude, desperdicio o abuso
- También puede denunciar un fraude llamando al Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o en línea, en <a href="http://www.tdi.texas.gov/fraud">http://www.tdi.texas.gov/fraud</a>.







¿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 visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid) es un plan médico que tiene un contrato con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.