



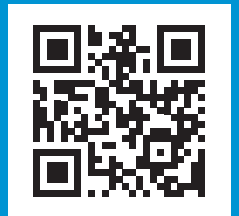
TEXAS
Medicare  Medicaid
PLAN
Su Plan de Salud ★ Su Opción

 **Amerigroup**
An Anthem Company



2019 Manual del miembro

Servicios al Miembro: 1-855-878-1784 (TTY 711)
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local



www.myamerigroup.com/TXmmp

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

Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Su cobertura de salud y medicamentos bajo Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan)

Introducción del *Manual del miembro*

Este manual le informa acerca de su cobertura bajo Amerigroup STAR+PLUS MMP hasta el 31 de diciembre de 2019. Explica los servicios de atención médica, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y soporte a largo plazo (LTSS). Los LTSS lo ayudan a que usted permanezca en su hogar en lugar de ir a un asilo de ancianos u 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). Cuando en este *Manual del miembro* se habla de “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Amerigroup Texas, Inc. (Amerigroup). Cuando se habla de “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Amerigroup STAR+PLUS MMP.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 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.

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 hacer una solicitud permanente para recibir esta información y otra información futura sin cargo, en otros idiomas y formatos. 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese 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	28
Capítulo 4: Tabla de beneficios	47
Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan	105
Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Texas Medicaid	124
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos	137
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	142
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).....	161
Capítulo 10: Cancelación de su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan.....	210
Capítulo 11: Avisos legales.....	217
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	219



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Descargos de responsabilidad

- ❖ Amerigroup STAR+PLUS MMP es un plan médico que tiene contratos tanto con Medicare como con Texas Medicaid para proporcionar a los miembros los beneficios de ambos programas.
- ❖ La cobertura de Amerigroup STAR+PLUS MMP califica como cobertura esencial mínima (MEC). Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual para la MEC.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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. Le damos la bienvenida a Amerigroup STAR+PLUS MMP.....	5
B. Información sobre Medicare y 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.....	8
I. El <i>Manual del miembro</i>	9
J. Otra información que obtendrá de nosotros.....	9
J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP.....	9
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	10
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	11
J4. <i>Explicación de beneficios</i>	11
K. Cómo puede mantener actualizado su registro de miembro.....	11
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).....	12



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

A. Le damos la bienvenida 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 soporte 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 ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Amerigroup STAR+PLUS MMP fue aprobado por el Estado de Texas y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para proporcionarle servicios como parte del Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project.

El Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project es un programa de demostración conjunta operado por Texas y el Gobierno Federal para brindar una mejor atención médica a personas que tienen tanto Medicare como Texas Medicaid. Conforme a esta demostración, el Estado y el Gobierno Federal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted recibe sus servicios de atención médica de Medicare y Texas Medicaid.

Amerigroup ha atendido a los texanos desde 1996. Vivimos y trabajamos en su comunidad y comprendemos sus necesidades de atención médica únicas. Estamos preparados para entregarle nuestra experiencia de trabajo y ayudarlo a obtener el máximo del programa Amerigroup STAR+PLUS MMP.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a:

- Personas de 65 años de edad o más.
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades.
- Personas con enfermedad renal en etapa 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 LTSS y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado tiene su propio programa Medicaid y decide:

- Qué cuenta como ingreso y recursos.
- Quién califica.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Qué servicios están cubiertos.
- El costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo manejar sus programas, siempre que sigan las reglas federales.

Medicare y Texas deben aprobar anualmente Amerigroup STAR+PLUS MMP. 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 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 servicios de Medicare y Texas Medicaid no cambiará.

C. Ventajas de este plan

Usted ahora recibirá todos sus servicios con cobertura de Medicare y Texas Medicaid a través de Amerigroup STAR+PLUS MMP, incluidos los medicamentos recetados. **No pagará nada 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 que funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas 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, asesores u otros profesionales médicos que estarán ahí para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita.
- Usted tendrá un coordinador de servicios. Esta es una persona que trabaja con usted, con Amerigroup STAR+PLUS MMP y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- Podrá dirigir su propio cuidado con la 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 cuidado diseñado especialmente 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:
 - Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que usted toma para reducir cualquier efecto secundario.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de que los resultados de sus análisis sean compartidos con todos sus médicos y otros 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 servicio, no podrá quedarse 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 ser afiliado de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga 21 años o más; **y**
- Viva en nuestra área de servicio; **y**
- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare; **y**
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos; **y**
- Sea elegible para Texas Medicaid y **al menos una** de las siguientes opciones:
 - Tenga una discapacidad física o una discapacidad mental, y califique para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); o
 - Califique para Texas Medicaid debido a que recibe servicios de exención de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), **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).



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, recibirá una evaluación de riesgo de salud dentro de los primeros 90 días.

En la evaluación de riesgo de 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 servicio clínico o trabajadores de la salud comunitarios.

Si los resultados de su evaluación de riesgo de salud demuestran que usted 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 durante 90 días o hasta que se finalice la nueva evaluación de riesgo de salud.

Después de 90 días para la mayoría de los servicios, pero seis meses para los servicios y soporte a largo plazo (LTSS), deberá ver a médicos y otros proveedores de la red de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo recibir cuidado.

G. Su Plan de atención

Su Plan de atención es el plan que detalla los servicios médicos que recibirá y la manera en que los recibirá.

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 médicos que usted necesita y desea.

Su Plan de cuidado se elabora 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 a lo largo del año para ayudar a garantizar que usted esté avanzando hacia el logro de sus metas y recibiendo los servicios identificados en el Plan de cuidado.

H. Prima mensual del plan Amerigroup STAR+PLUS MMP

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

I. El Manual del miembro

Este *Manual del miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, 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 un *Manual del miembro* llamando a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. También puede ver el *Manual del miembro* en www.myamerigroup.com/TXmmp o descargarlo de este sitio web.

El contrato está vigente durante los meses en los que usted esté inscrito en Amerigroup STAR+PLUS MMP entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

J. Otra información que obtendrá de nosotros

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

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

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los servicios y soporte a largo plazo (LTSS) y las recetas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta para que tenga una idea de cómo será la suya:

Front of Member ID Card

Amerigroup RealSolutions in partnership with **Texas Medicare** Your Health Plan • Your Choice **Texas Medicaid** Health and Human Services

Amerigroup STAR+PLUS MMP is a managed care plan that contracts with the state of Texas to provide health care services to its members.

Member Name: <Cardholder name> **RxBILL:** <RxBILL#>
Member ID: <Cardholder ID#> **RxPCN:** <RxPCN#>
Health Plan (80840): <Card Issuer Identifier> **RxGRP:** <RxGRP#>
Medicaid ID: <Medicaid ID#> **RxID:** <RxID#>

PCP Name: <PCP Name>
PCP Effective Date: <PCP Effective Date>
PCP Phone: <PCP Phone>

MEMBER CANNOT BE CHARGED
 Cost sharing/Copays: \$0 except for Tier 2 drugs

H8786 001

Back of Member ID Card

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.

En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir cuidado, llame a su PCP de 24 horas o lo antes posible.

Member Services | Servicios al miembro: 1-855-878-1784 (TTY 711)
24-hour Nurse Helpline: 1-855-878-1784 (TTY 711)
Behavioral Health | Salud del comportamiento: 1-855-878-1784 (TTY 711)
Service Coordination | Coordinador de servicios: 1-855-878-1784 (TTY 711)
Prior authorization fax: 1-866-959-1537

Website | Sitio web: www.myamerigroup.com/TXmmp
Pharmacy Help Desk: 1-866-805-4589 (TTY 711)

Send Claims To: PO Box 61010, Virginia Beach, VA 23466-1010
Claim Inquiry: 1-855-878-1785 (TTY 711)

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, y le enviaremos una nueva tarjeta.

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. Guarde esas tarjetas 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 de miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP, tal vez el proveedor le



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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. Las únicas excepciones son:

- Si necesita cuidado paliativo, entonces usará su tarjeta de Medicare Original.
- Si necesita servicios de transporte que no sean de emergencia, entonces usará su Tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas.

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 inicialmente en nuestro plan (consulte la página 8).

Usted puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.myamerigroup.com/TXmmp o descargarlo de este sitio web.

En el *Directorio de proveedores y farmacias* también se proporcionan la dirección, el número de teléfono y el horario de atención del proveedor, 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 son:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan.
 - Clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios médicos en nuestro plan.
 - Agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otras personas que ofrezcan productos y servicios que usted recibe a través de Medicare o Texas Medicaid.

Los proveedores de la red 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 recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Excepto en una emergencia, usted *debe* surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si quiere que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local para obtener más información. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web de Amerigroup STAR+PLUS MMP pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Le informa cuáles son los medicamentos recetados que están cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP.

La Lista de medicamentos también indica si hay alguna regla 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 reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para recibir la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite www.myamerigroup.com/TXmmp o llame al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

J4. Explicación de beneficios

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

La *Explicación de beneficios* le informa 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 los medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

También está disponible una *Explicación de beneficios* cuando usted la pide. Para recibir una copia, comuníquese con Servicios al Miembro.

K. Cómo puede mantener actualizado su registro de miembro

Para mantener actualizado su registro de miembro, infórmenos cuando sus datos cambien.

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en la cobertura del seguro médico, por ejemplo, su empleador, el empleador de su cónyuge o compensación laboral.
- Cualquier demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Ingreso en un hospital o asilo 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).
- Usted forma parte de un estudio de investigación clínica o ingresa en uno.

Si alguna información cambia, infórmenos llamando a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

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

La información de su registro de miembro 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 ponerse en contacto con Servicios al Miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP	14
A1. Cuándo ponerse en contacto con Servicios al Miembro	14
B. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de servicios	17
B1. Cuándo ponerse en contacto con su coordinador de servicios	17
C. Cómo ponerse en contacto con la línea Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería).....	19
C1. Cuándo ponerse en contacto con la línea Nurse Advice Call Line.....	19
D. Cómo ponerse en contacto con la Behavioral Health and Substance Abuse Crisis Line (Línea de crisis de salud del comportamiento y abuso de sustancias)	20
D1. Cuándo comunicarse con la Behavioral Health and Substance Abuse Crisis Line.....	20
E. Cómo ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	21
E1. Cuándo ponerse en contacto con el HICAP	21
F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO).....	22
F1. Cómo ponerse en contacto con KEPRO, una Organización para la Mejora de la Calidad de Medicare.....	22
G. Cómo ponerse en contacto con Medicare	23
H. Cómo ponerse en contacto con Texas Medicaid	24
I. Cómo ponerse en contacto con la HHSC Office of the Ombudsman	25
J. Cómo ponerse en contacto con el Texas Long-Term Care Ombudsman.....	26
K. Otros recursos	27



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

A. Cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP

LLAME AL	<p>1-855-878-1784 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, excepto los días feriados</p> <p>Si necesita servicios de emergencia, llame al 911.</p> <p>Si llama en un día feriado, un sábado o un domingo, puede dejar un mensaje de voz. Le devolveremos la llamada en un plazo de un (1) día laboral.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local</p>
ESCRIBA A	<p>Amerigroup STAR+PLUS MMP MMP Member Services 7430 Remcon Circle Building C, Suite 120 El Paso, TX 79912</p>
SITIO WEB	<p>www.myamerigroup.com/TXmmp</p>

A1. Cuándo ponerse en contacto con Servicios al Miembro

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Para conocer más acerca de las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- 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 lo cambiemos si piensa que cometimos un error.
 - Para obtener más información sobre cómo realizar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Reclamos sobre su atención médica.
 - Puede realizar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor que esté o no esté en la red). Un proveedor 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 Organización para la Mejora de la Calidad (consulte la Sección F 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 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos.
 - Una decisión de cobertura sobre los medicamentos es una decisión sobre los siguientes aspectos:
 - Sus beneficios y medicamentos cubiertos.
 - El monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, medicamentos recetados de Medicaid y medicamentos de venta libre de Medicaid.
 - Para obtener más información con respecto a decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre sus medicamentos.
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

Para presentar una apelación acerca de un medicamento de la Parte D (niveles 1 y 2 del formulario), un medicamento que no sea de la Parte D (niveles 3 y 4 del formulario), o un pago o servicio estándar, presente su apelación en un plazo de 60 días de la decisión de cobertura por los siguientes medios:

- Teléfono (solo apelaciones por medicamentos de la Parte D, medicamentos que no sean de la Parte D, servicios estándar): 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.
- Correo (todas las apelaciones):
 - Amerigroup STAR+PLUS MMP
 - MMP Appeals and Grievances
 - Mailstop OH0205-A537
 - 4361 Irwin Simpson Road
 - Mason, OH 45040
- Fax (todas las apelaciones): 1-888-458-1406
- Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre 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 de 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 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener 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 obtener más información sobre apelaciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

B. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de servicios

Al ingresar, 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 soporte a largo plazo (LTSS) con base en la comunidad o en un centro.

Si ya tiene un coordinador de servicios (por ejemplo, de Amerigroup STAR+PLUS MMP), puede pedir 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.
- Esa persona tenga el tiempo, según su carga 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 5 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 5 p. m. hora local.
ESCRIBA A	MMP Service Coordination 7430 Remcon Circle Building C, Suite 120 El Paso, TX 79912

B1. Cuándo ponerse en contacto con su coordinador de servicios

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

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 salud y actividades durante el día (DAHS).
- Atención de enfermería especializada.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Terapia del habla.
- Servicios médicos sociales.
- Atención médica a domicilio.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

C. Cómo ponerse en contacto con la línea Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería)

En ocasiones, usted tendrá preguntas de salud tarde en la noche, durante los fines de semana o en vacaciones. Lo entendemos. Sin importar el día o la hora que sea, puede hablar con un enfermero certificado llamando a nuestra Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería).

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

C1. Cuándo ponerse en contacto con la línea Nurse Advice Call Line

- Preguntas sobre su atención médica.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

LLAME AL	<p>1-855-878-1784 Esta llamada es gratuita.</p> <p>La línea telefónica está dotada de personal entrenado las 24 horas al día, los 7 días de la semana.</p> <p>Si necesita servicios de emergencia, llame al 911.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

D1. Cuándo comunicarse con la Behavioral Health and Substance Abuse Crisis Line

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

E. Cómo ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) ofrece asesoría gratuita sobre el seguro médico a personas con Medicare. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP).

El HICAP no está relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan médico.

LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services P.O. Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

E1. Cuándo ponerse en contacto 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:
 - Comprender sus derechos.
 - Comprender las opciones del plan.
 - Presentar reclamos sobre su atención médica o su tratamiento médico.
 - Solucionar problemas relacionados con las facturas.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada KEPRO, que es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. KEPRO no tiene relación con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-315-0636
TTY	1-855-843-4776
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

F1. Cómo ponerse en contacto con KEPRO, una Organización para la Mejora de la Calidad de Medicare

- Preguntas sobre su atención médica.
 - Puede realizar un reclamo sobre la atención que recibió si usted:
 - Tiene un problema con la calidad de la atención.
 - Cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto.
 - Considera que la atención médica a domicilio, la atención en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

G. Cómo ponerse en contacto con Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, 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 es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), o CMS.

LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.</p>
SITIO WEB	<p>http://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También contiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado si selecciona “Forms, Help & Resources” (Formularios, ayuda y recursos) y después hace clic en la opción “Phone numbers & websites” (Sitios web y números de teléfono).</p> <p>El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarlo a encontrar los planes de su área:</p> <p>Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles en su área de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare). Seleccione “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).</p> <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a que ingrese en este sitio web en 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.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

H. Cómo ponerse en contacto con Texas Medicaid

Texas Medicaid ayuda con los costos de servicios y soporte médicos y a largo plazo a personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Texas Medicaid.

LLAME AL	1-800-252-8263 o 2-1-1
TTY	1-800-735-2989 o 7-1-1
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	http://yourtexasbenefits.hhsc.state.tx.us/



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

I. Cómo ponerse en contacto con la HHSC Office of the Ombudsman

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 comprender qué hacer. La HHSC Office of the Ombudsman también ayuda a personas inscritas en Texas Medicaid con problemas de servicio o facturación. El programa no tiene conexión con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros 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 las personas que tienen 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 P. O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	http://www.hhsc.state.tx.us/ombudsman/



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

J. Cómo ponerse en contacto con el 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 asilos 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
ESCRIBA A	Texas Long-Term Care Ombudsman Program Texas Health and Human Services P. O. Box 149030 MC-W250 Austin, TX 78714-9030
CORREO ELECTRÓNICO	ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us
SITIO WEB	https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

K. Otros recursos

- **2-1-1** Texas, un programa de Texas Health and Human Services Commission, tiene el compromiso de ayudar a los ciudadanos de Texas a conectarse con los servicios que necesitan.
 - » Marque 211 o 1-877-541-7905
 - » www.211texas.org/



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

Introducción

Este capítulo tiene reglas 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 atención, cómo obtener 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 reglas 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 “servicios,” “servicios cubiertos” “proveedores,” y “proveedores de la red”	30
B. Reglas para recibir servicios y soporte a largo plazo (LTSS), de atención médica y de salud del comportamiento cubiertos por el plan	30
C. Información sobre su coordinador de servicios	32
C1. Qué es un coordinador de servicios	32
C2. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de servicios	32
C3. Cómo puede cambiar de coordinador de servicios	32
C4. Qué puede hacer por usted un coordinador de servicios	32
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan médico	33
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	33
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	35
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan	35
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	36
D5. Cómo cambiar de plan médico	36
E. Cómo recibir servicios y soporte a largo plazo (LTSS)	37
F. Cómo recibir servicios de salud del comportamiento	38
G. Cómo recibir atención autodirigida	38
G1. Qué es la atención autodirigida	38
G2. Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a las poblaciones con exención)	38
G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de atención personal (si corresponde)	38
H. Cómo obtener servicios de transporte	39



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp

- I. Cómo obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre..... 39
 - I1. Atención ante una emergencia médica 39
 - I2. Atención de urgencia..... 41
 - I3. Atención durante un desastre..... 41
- J. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan..... 42
 - J1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 42
- K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 42
 - K1. Definición de estudio de investigación clínica..... 42
 - K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica..... 43
 - K3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica 43
- L. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando usted se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 44
 - L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica..... 44
 - L2. Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica..... 44
- M. Equipo médico duradero (DME) 45
 - M1. DME como miembro de nuestro plan 45
 - M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 45



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

Los servicios son atención médica, servicios y soporte a largo plazo, suministros, salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos incluyen todos los servicios que el plan paga. La atención médica y los servicios y soporte a largo plazo cubiertos aparecen en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores son los médicos, los enfermeros y otras personas que le 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 soporte 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 de la red, usualmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para recibir servicios y soporte 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 soportes a largo plazo (LTSS) y de salud del comportamiento.

Amerigroup STAR+PLUS MMP generalmente pagará la atención médica y los servicios que usted recibe si sigue las reglas del plan. Para recibir cobertura de nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **necesaria por motivos médicos**. Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra autorización por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren de una aprobación previa aparecen marcados en la Tabla de beneficios médicos. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las reglas 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 al 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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

Find a Doctor (Encontrar un doctor) o llame a Servicios al Miembro. 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.

- En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Amerigroup STAR+PLUS MMP no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 34.
- No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia, o para consultar a un proveedor de salud de mujeres. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Para obtener más información acerca de esto, consulte la página 33.
- Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 33.
- **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 cuidado 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 de un proveedor que no trabaje con el plan médico. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - El plan cubre atención de emergencia o de urgencia, de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección I, página 39.
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden brindarle, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red. Para conocer cómo obtener aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 34.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un período corto. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede continuar recibiendo atención de los proveedores que consulta en la actualidad durante al menos 90 días.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 toda su atención y sus servicios funcionen en conjunto. El coordinador de servicios garantizará la integración de sus necesidades médicas, de salud del comportamiento, de abuso de sustancias, de servicios y soporte a largo plazo (LTSS) y sociales. El coordinador de servicios coordinará estos servicios según lo especificado en su plan de atención personal.

C2. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de servicios

Cuando se asigne o seleccione un coordinador de servicios, Amerigroup STAR+PLUS MMP le proporcionará la información de contacto de esa persona. Servicios al Miembro 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 Amerigroup STAR+PLUS MMP y su carga de casos lo permite, Amerigroup STAR+PLUS MMP debe atender su solicitud. Para cambiar de coordinador de servicios, póngase en contacto con Servicios al Miembro 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 indicará a qué proveedores deben 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 administre 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 proporcionarle muchos de los servicios preventivos y de atención primaria. Su PCP ayudará a crear su plan de atención 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:

- » Médico familiar.
- » Medicina interna.
- » Médico general.
- » Obstetra/ginecólogo.
- » Geriatra.
- » Pediatra.
- » Enfermero profesional certificado (CNP) y auxiliar médico (PA).
- » Centro de salud federalmente calificado (FQHC)/Clínica de salud rural (RHC).

Su elección de PCP

Usted puede elegir un PCP de nuestra lista de proveedores en nuestro directorio de proveedores en línea (sitio web). 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.

Si no elige un PCP en un plazo de 90 días, se le asignará uno. Puede cambiar su PCP en cualquier momento poniéndose en contacto con Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

Le daremos la posibilidad de elegir entre al menos tres PCP cuando llame a Servicios al Miembro. Si no elige un PCP, le asignaremos uno. Para encontrar el PCP adecuado para usted,



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

consideraremos cuán lejos está el PCP de su hogar, cualquier necesidad especial de atención médica que usted tenga y el idioma que usted habla.

Si usted ya tiene un PCP al inscribirse en el plan, puede seguir acudiendo a ese PCP durante el período de transición. Después del período de transición, puede mantener ese PCP si este se encuentra en nuestra red.

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.

Solo llame a Servicios al Miembro y solicite un nuevo PCP. El plan colocará su solicitud en el sistema y le informará cuándo entrará en vigor su cambio de PCP. Las solicitudes hechas el día 15 del mes o antes se harán efectivas el primer día del mes actual. Las solicitudes hechas el día 16 del mes o después se harán efectivas el primer día del mes siguiente.

Si su PCP abandona nuestra red o de otro modo no está disponible, Amerigroup STAR+PLUS MMP le dará la posibilidad de elegir un nuevo PCP.

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 denomina “remisión”. Usted puede recibir servicios como los que figuran a continuación sin necesidad de obtener la aprobación previa de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia proporcionada por proveedores de la red.
- Atención de urgencia 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 al Miembro antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarlo a obtener diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicio).
- Vacunas antigripales y contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor 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), análisis de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Cualquier servicio de salud del comportamiento por parte de un proveedor de la red sin una remisión de su PCP.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Servicios para enfermedades de transmisión sexual (STD) que incluyen prevención, detección, asesoramiento, diagnóstico y tratamiento de STD/VIH.
- Oftalmólogo u optometrista terapéutico de la red que le brinde servicios de atención médica oftalmológica, que no sean cirugía.
- Además, si es elegible para obtener servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede consultar a estos proveedores sin remisión.

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. Estos son algunos ejemplos:

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

Si necesita la atención de un especialista u otro proveedor de la red, su PCP lo remitirá al especialista o a otro proveedor de la red. Su elección de PCP no limitará su elección de especialista o de otro proveedor 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 un profesional en enfermería, revisará las reglas de cobertura para determinar la necesidad médica. Esta aprobación previa está basada en información que recibimos de su PCP y de sus especialistas, su historia clínica o la gravedad de su enfermedad. Su médico u otro proveedor de atención médica son responsables de pedir aprobación previa antes de proporcionarle cualquier tratamiento o servicio para los que se requiera aprobación previa. Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa.

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores podrá cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo lo posible, de buena fe, para avisarle al menos 30 días antes, para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento necesario por motivos médicos al que está sometido no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Llame a Servicios al Miembro 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 los proveedores de nuestra red no pueden brindarle, puede obtener permiso de Amerigroup STAR+PLUS MMP para recibir la atención de un proveedor fuera de la red. Si esto ocurre, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor 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 al Miembro.

Recuerde que cuando se inscribe por primera vez en el plan, durante el período de transición, puede continuar recibiendo atención de los proveedores que consulta en la actualidad. En la mayoría de los casos, el período de transición durará 90 días o hasta que se apruebe definitivamente y se implemente su plan de atención personal, lo que sea posterior. Durante el período 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 período 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 acudiendo al proveedor fuera de la red.

Si visita 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:



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Llame a Maximus al 1-877-782-6440, de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Los LTSS basados en la comunidad son una variedad de servicios médicos, de habilitación, de rehabilitación, de atención a domicilio o sociales que una persona necesita durante meses o años con el fin de mejorar o mantener las funciones o la salud. Estos servicios se proporcionan en el hogar de una persona o en un entorno basado en la comunidad, tales como centros de vida asistida. Los LTSS basados en centros son servicios proporcionados en un centro de enfermería u otro entorno de atención 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 basados en centros.

Todas sus necesidades, según sean identificadas en su evaluación, serán atendidas en su plan de atención personal. Su plan de atención personal delineará qué LTSS recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si tiene un plan de servicios preexistente antes de su inscripción en Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted continuará recibiendo cualquier LTSS basado en la comunidad o basado en centros incluido en el plan preexistente. Su plan de servicios preexistente se respetará durante 90 días para servicios médicos y de rehabilitación, o 180 días para habitación, servicios sociales y servicios y apoyos a largo plazo, o hasta que se apruebe definitivamente y se implemente su plan de atención personal, lo que sea posterior.

Si tiene preguntas acerca de los LTSS, comuníquese con Servicios al Miembro o su coordinador de servicios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

F. Cómo recibir servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento son una diversidad 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 y 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 sus necesidades, incluida su necesidad de servicios de salud del comportamiento. Todas sus necesidades, según sean identificadas en su evaluación, serán atendidas en su plan de atención personal. Su plan de atención personal delineará qué servicios de salud del comportamiento recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si usted está recibiendo servicios de un proveedor de salud del comportamiento al momento de su inscripción en Amerigroup STAR+PLUS MMP, puede continuar recibiendo servicios de ese proveedor hasta que finalice el tratamiento, pero no por más de dos años. Este caso se aplica incluso si el proveedor no participa en la red de Amerigroup STAR+PLUS MMP.

Si tiene preguntas acerca de los servicios de salud del comportamiento, comuníquese con Servicios al Miembro 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 administrados 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 salud, su coordinador de servicios lo ayudará a decidir si esta es la elección correcta para usted. Si escoge autodirigir su atención, lo ayudaremos a comprender sus responsabilidades.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de atención 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; lo ayude con un presupuesto y lo guíe con respecto al reclutamiento, los honorarios, los beneficios y los costos administrativos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

H. Cómo obtener servicios de transporte

El Programa de Transporte Médico (MTP) ofrece transporte que no sea en ambulancia desde y hacia los servicios médicos cubiertos. Se proporciona transporte a los miembros y acompañantes cuando no tienen otro medio de transporte, y se basa en la necesidad médica.

El transporte para atención dental está disponible únicamente para los miembros de STAR+PLUS Waiver. El MTP no proporciona transporte para servicios dentales que estén disponibles a través del plan como un beneficio adicional o flexible.

Para coordinar el transporte del MTP:

Llame al 1-877-633-8747 de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. hora local. Las llamadas a este número son gratuitas. Deberá proporcionar su número de tarjeta de identificación de STAR+PLUS y el código postal de su casa.

Todas las solicitudes de servicios de transporte se deben hacer en un plazo de 2 a 5 días de su cita. Puede haber excepciones en una emergencia.

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 afección médica con síntomas como dolor intenso o una herida de gravedad. La afección es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría prever que conllevará:

- Riesgo alto para su salud o la de su hijo no nacido.
- Daño grave en las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 emergencias o al hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. **No** necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su 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 coordinador de servicios debe 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 al Miembro 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 la Tabla de beneficios en el 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 atención de posestabilización 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. El plan cubre la atención de seguimiento. 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 conductual

Marque 1-855-878-1784 y presione la opción 9 para una emergencia de salud conductual.

Cómo 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 conductual. 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:

- Usted acude a un proveedor de la red.
- La atención que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. (Consulte la siguiente sección).



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

12. Atención de urgencia

Definición de atención de urgencia

La atención de urgencia 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 de urgencia cuando usted se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención de urgencia solo si:

- Usted recibe su atención de un proveedor de la red.
- Sigue las otras reglas que se describen en este capítulo.

Sin embargo, si no puede obtener atención de un proveedor de la red, cubriremos la atención de urgencia 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 al Miembro 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 de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni ningún otro tipo de atención que reciba fuera de los Estados Unidos.

13. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un 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 obtener la atención necesaria durante un desastre declarado: www.myamerigroup.com/TXmmp.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 por 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 necesarios por motivos médicos.
- Que estén incluidos en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4).
- Que reciba siguiendo las reglas del plan.

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

Si desea saber si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho de 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 debe hacer si desea que el plan cubra un artículo o servicio médico. También se indica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Asimismo, puede llamar a Servicios al Miembro 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 al Miembro 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 un estudio clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de atención médica. Solicitan voluntarios para que ayuden en 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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 debe comunicarse con Servicios al Miembro para informarnos que usted está 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 un hospital 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 obtener más información 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 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 atención de enfermería especializada. Si el recibir atención en un hospital o centro de atención 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 la Parte A de Medicare (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria 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 atención que sea voluntaria y no exigida por ninguna 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 el 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 atención no religiosos.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Debe conseguir la aprobación de nuestro plan antes de ser internado en el centro; de lo contrario, no se cubrirá su hospitalización.
 - Se pueden aplicar limitaciones de la cobertura; para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

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 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 al Miembro 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 normalmente se consiguen en una farmacia. Amerigroup STAR+PLUS MMP paga los nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son necesarios por motivos médicos. Llame a Servicios al Miembro 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: Puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare y usted 2019*. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://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 artículo de DME:

- Si no se había convertido en propietario del DME mientras estaba en nuestro plan.
- Si deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan Medicare Advantage.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, visite www.myamerigroup.com/TXmmp.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo explica 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	48
B. Reglas para evitar que los proveedores le cobren por los servicios	48
C. Tabla de beneficios de nuestro plan	48
D. La Tabla de beneficios	50
E. Nuestros servicios basados en el hogar y la comunidad	88
F. Beneficios cubiertos fuera de Amerigroup STAR+PLUS MMP	102
F1. Cuidados paliativos	102
F2. Servicios de transporte médico que no son de emergencia	103
F3. Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR)	103
G. Beneficios no cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicare o Texas Medicaid	103



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa qué servicios paga Amerigroup STAR+PLUS MMP. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. En este capítulo, también se explican los límites respecto de determinados servicios.

Ya que usted obtiene asistencia de Texas Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando respete las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener detalles acerca de las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de servicios o a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

B. Reglas 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. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. 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 sucede, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

En la Tabla de beneficios, 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 la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes reglas. No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Sus servicios que cubren Medicare y Texas Medicaid deben brindarse de conformidad con las reglas establecidas por Medicare y Texas Medicaid.
- Los servicios (que comprenden atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser necesarios por motivos médicos. Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra autorización por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren de una aprobación previa aparecen marcados en la Tabla de beneficios médicos. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las reglas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.


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 al 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 doctor) o llame a Servicios al Miembro. 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 por parte de un proveedor de la red. Un proveedor 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 de la red y fuera de la red.
- Consulte primero 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 planificar y programar sus servicios cubiertos. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, servicios de atención médica a domicilio, terapias, atención de especialistas, admisiones al hospital y atención de seguimiento. Su PCP también se comunica con otros proveedores del plan para ponerse al tanto de la atención o los tratamientos.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brindan atención y la administran. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como “remisión”. El Capítulo 3 contiene más información acerca de cómo obtener una remisión y detalla cuándo no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación primero. Esto se llama “autorización previa”. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en letra negrita.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

D. La Tabla de beneficios

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>El plan pagará por una ecografía solo una vez 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, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p>Acupuntura</p> <p>El plan pagará por hasta seis (6) visitas de servicios de acupuntura por año.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Detección y asesoramiento por abuso de alcohol.</p> <p>El plan pagará una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que consuman alcohol de manera excesiva, pero que no tengan una dependencia. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si sale positivo por abuso de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal 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.</p>	\$0





Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>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 estar aprobados por el plan.</p> <p>En los casos en que no son emergencias, el plan puede pagar 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.</p>	\$0
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha estado en la Parte B de Medicare 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 pagará por esa visita una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Usted no puede realizarse su primer chequeo anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Se cubrirán chequeos anuales después de que haya tenido la Parte B por 12 meses. No es necesario que primero haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare”.</p>	\$0
<p>Servicios de salud del comportamiento</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de casos objetivo de salud mental • Servicios de rehabilitación de salud mental <p>Se puede requerir autorización previa</p>	\$0






Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
 <p>Medición de la masa ósea</p> <p>El plan pagará determinados procedimientos para los miembros que califiquen (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de padecer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de que sean necesarios por motivos médicos. El plan también pagará para que un médico examine y comente los resultados.</p>	\$0	
 <p>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	\$0	
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan pagará por servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con la remisión de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Además del servicio cubierto, el plan ofrece hasta 12 visitas adicionales por año.</p> <p>Se puede requerir autorización previa</p>	\$0	




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para una enfermedad cardíaca)</p> <p>El plan pagará una visita por año a su proveedor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta visita, su médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar sobre el uso de aspirina. • Controlar la presión arterial. • Brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	\$0
	<p>Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>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 cardíacas.</p>	\$0
	<p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para mujeres que corren alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina: 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




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación. 	\$0
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, el plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses. • Análisis de sangre oculta en la materia fecal cada 12 meses. • Análisis de sangre oculta en las heces basado en guayacol o análisis inmunoquímico de las heces, cada 12 meses. • Examen de detección de cáncer colorrectal basado en el ADN, cada 3 años. <p>Para las personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección (o prueba con enema de bario) cada 24 meses.</p> <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección cada diez años (pero no antes de transcurridos 48 meses desde una sigmoidoscopia exploratoria).</p>	\$0





Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses, como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. <p>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará dos tentativas de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. <p>El plan también ofrece asesoramiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas.</p> <p>Se requiere remisión.</p>	\$0
<p>Servicios dentales</p> <p>Amerigroup STAR+PLUS MMP pagará los siguientes servicios:</p> <p><i>Servicios dentales preventivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral, 2 cada año. • Limpieza, 2 cada año. • Radiografía dental, 1 cada año. <p><i>Servicios dentales integrales</i></p> <p>Los beneficios dentales adicionales incluyen servicios dentales limitados a \$625 cada tres (3) meses. El subsidio trimestral no usado se transfiere al siguiente trimestre, pero no se transfiere al año siguiente. El beneficio se restablece a \$0 el 1 de enero de cada año.</p> <p>Los servicios que no sean de rutina, o que sean de diagnóstico, restaurativos, de endodoncia, de periodoncia y de extracción requieren autorización previa y una remisión.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de depresión</p> <p>El plan pagará un examen de detección de depresión cada año. Debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de la diabetes</p> <p>El plan pagará este examen de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si se presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión). • Niveles históricos anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de los exámenes, puede calificar para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Capacitación, servicios y suministros para autocontrol de la diabetes</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas diabéticas (ya sea que utilicen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un glucómetro. ○ Tiras reactivas para controlar el nivel de 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 las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales por cada año calendario; o ○ Un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (no se incluyen las plantillas extraíbles no hechas a medida provistas con dichos zapatos) <p>El plan también pagará el ajuste de los zapatos terapéuticos a medida o los zapatos de profundidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, el plan pagará la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. 	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Se cubren los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Se pueden cubrir otros artículos.</p> <p>Cubriremos todos los DME necesarios por motivos médicos que suelen cubrir Medicare y Texas Medicaid. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitar que se realice un pedido especial para usted.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia comprende servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría prever que conllevará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo alto para su salud o la de su hijo no nacido. • Daño grave en las funciones corporales. • Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <p>Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para paciente hospitalizado luego de que su emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención permanezca cubierta. Puede permanecer en el hospital que no pertenece a la red para su atención como paciente internado solo si el plan aprueba su permanencia.</p>





Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir a cualquier proveedor para recibir determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, DIU, inyecciones e implantes). • 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), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS). • Esterilización voluntaria (debe tener al menos 21 años de edad y firmar un formulario federal de consentimiento de 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. <p>El plan también pagará algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red del plan para recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de afecciones 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. • Exámenes genéticos <p>Se puede requerir autorización previa</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
 <p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Ofrecemos programas para ayudarlo a manejar afecciones crónicas y afecciones de salud identificadas, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación para la salud. ▪ Beneficio de acondicionamiento físico. ▪ Mejor control de enfermedades. ▪ 24-hour Nurse HelpLine (Línea de ayuda de enfermería de 24 horas). ▪ Servicios de asesoramiento. 	\$0	
<p>Servicios de audición</p> <p>El plan paga exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indicarán si necesita tratamiento médico. Los exámenes están cubiertos como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan cubre el beneficio de audición de Texas Medicaid de un audífono, del oído izquierdo o derecho, cada cinco años (se aplican limitaciones).</p> <p>Además del beneficio cubierto, el plan ofrece hasta dos (2) audífonos por año con ajuste y evaluación si fuera necesario. La cobertura de audífonos está limitada a \$2,000 por año (ambos oídos combinados).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0	
 <p>Prueba de detección de VIH</p> <p>El plan paga un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que reúnen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitan una prueba de detección del VIH. • Tienen mayor riesgo de contraer una infección por VIH. <p>En el caso de las mujeres embarazadas, el plan paga hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.</p>	\$0	



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un médico debe informarnos que usted los necesita; una agencia de atención médica a domicilio deberá brindárselos.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializados y de auxiliar de salud en el hogar parciales o intermitentes (para ser cubiertos en virtud del beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializados y de auxiliar de salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que le han diagnosticado una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente cuando reciba servicios en un centro de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención médica a domicilio. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP, pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amerigroup STAR+PLUS MMP cubrirá servicios cubiertos por el plan no cubiertos en la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Amerigroup STAR+PLUS MMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Si usted necesita atención que no sean cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de servicios para hacer los arreglos para los servicios. La atención que no consiste en cuidados paliativos es la que no está relacionada con su diagnóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta con centros de cuidados paliativos (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
	<p>Vacunas</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales una vez por año en el otoño o el invierno. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>El plan pagará otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.</p>	\$0
	<p>Atención para pacientes hospitalizados</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario por motivos médicos). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan pagará por sangre íntegra y glóbulos rojos concentrados a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario u obtener donaciones de sangre de usted mismo o de otra persona. ○ El plan pagará por todas las otras partes de la sangre, a partir de la primera pinta que se use. • Servicios del médico. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. <p>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 allí, haremos arreglos o pagaremos por costos de alojamiento y transporte para usted y otra persona.</p> <p>El plan ofrece treinta (30) días adicionales por período de beneficios.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p> <p>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.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será admitido en el hospital. • Pueden aplicarse limitaciones. • El plan ofrece días adicionales ilimitados para pacientes psiquiátricos hospitalizados por período de beneficios. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su hospitalización no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará los servicios que reciba mientras esté en un hospital o en un centro de atención de enfermería. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reemplazan de manera total o parcial un órgano interno del cuerpo (incluso el tejido contiguo); o ○ Reemplazan de manera total o parcial un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona. • 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 roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	\$0






Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedad renal 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 para la enfermedad renal. • 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 hospitalizados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Capacitación en 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. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. <p>Se puede requerir autorización previa</p> <p>El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte el apartado “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” de esta tabla.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará el examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene entre 55 y 77 años; y • Si tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado; y • Si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 30 años sin tener signos o síntomas de cáncer de pulmón, o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>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.</p>	\$0	
 <p>Terapia médica nutricional</p> <p>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 usted es remitido por su médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año que reciba servicios de terapia médica nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Después, pagaremos dos horas de servicios de asesoramiento individual. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento si el médico lo deriva. El médico debe prescribir estos servicios y renovar la remisión anualmente si su tratamiento es necesario dentro del próximo año calendario.</p>	\$0	
 <p>Programa de prevención de la diabetes (MDPP) de Medicare</p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a promover una conducta saludable. Ofrece capacitación práctica en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios alimenticios a largo plazo. • Aumento de la actividad física. • Maneras para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0	



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Amerigroup STAR+PLUS MMP pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele administrárselos usted mismo 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) autorizado por el plan. • Factores de coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el 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. • Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea necesario por motivos médicos), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Y las reglas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados.</p> <p>En el Capítulo 6 se explica lo que debe pagar por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios mediante nuestro plan.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesaria por motivos médicos). ▪ Comidas, incluidas dietas especiales. ▪ Servicios de enfermería. ▪ Fisioterapia, 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, incluido su almacenamiento y administración. El plan pagará la sangre íntegra, el concentrado de glóbulos rojos y todas las otras partes de la sangre a partir de la primera pinta que se use. ▪ 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 de radiología 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. ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un asilo 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 atención de enfermería donde su cónyuge vive en el momento en que usted se retira del hospital. ○ El asilo de ancianos donde estaba viviendo cuando se inscribió en Amerigroup STAR+PLUS MMP. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de obesidad y terapia para mantener el peso bajo</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará el asesoramiento para ayudarlo 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.</p>	\$0
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, incluso almacenamiento y administración a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario u obtener donaciones de sangre de usted mismo o de otra persona. El plan pagará el almacenamiento y la administración a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan paga los servicios necesarios por motivos médicos que reciba en el departamento ambulatorio de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención médica 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 de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Exámenes de detección preventivos y servicios incluidos en la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar. <p>Se puede requerir autorización previa</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los servicios de salud mental proporcionados por las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o médico con licencia estatal. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un profesional en enfermería. • Un auxiliar médico. • Cualquier otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, de conformidad con las leyes estatales vigentes. <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de clínica. • Tratamiento diurno. • Servicios de rehabilitación psicosocial. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla.</p> <p>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.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios de tratamiento para abuso de sustancias cuando sean necesarios por motivos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios ambulatorios de tratamiento por abuso de sustancias: incluye valoración, evaluación y control de medicamentos. También incluye el asesoramiento individual, familiar y grupal. ▪ Intervención ante crisis por abuso de sustancias: proporciona atención inmediata en casos de abuso de sustancias para ayudar a las personas que experimentan una disfunción aguda que requiere una atención clínica inmediata. Los servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. El propósito de este servicio es evitar que su afección empeore, evitar que usted u otras personas se lesionen y proporcionar tratamiento en el entorno menos restrictivo. ▪ Tratamiento diurno para mujeres embarazadas: servicios de tratamiento por abuso de sustancias proporcionados en una ubicación central durante el día para mujeres que están embarazadas o tuvieron un bebé hace poco. Los servicios incluyen los servicios de intervención integrales e intensivos. Estos servicios tienen como fin mejorar el resultado de su embarazo, tratar su trastorno de abuso de sustancias, fortalecer su relación con el bebé y cualquier otro hijo que tenga, y ayudar a lograr y mantener un estilo de vida sobrio y libre de drogas. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos y artículos de venta libre (OTC)</p> <p>El plan cubre una asignación de \$102, cada tres meses por artículos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados por el plan. Todo subsidio no usado no se transfiere al siguiente trimestre. Este servicio adicional no requiere autorización previa ni una receta.</p> <p>El plan también cubre medicamentos y artículos de venta libre (OTC) de Texas Medicaid cuando su proveedor se los receta por escrito. Visite el sitio web de la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de Amerigroup STAR+PLUS MMP para obtener más información. Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos.</p>	\$0
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>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.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>El plan cubre asistencia personal con actividades de la vida diaria. El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseo. • Comer. • Bañarse. • Vestirse e higiene personal. • Tareas funcionales para vivir/asistencia con la planificación. • Preparar la comida. • Transporte o ayuda para conseguir transporte. • Asistencia con la locomoción y la movilidad. • Reforzamiento de apoyo del comportamiento o actividades de terapias especializadas. • Asistencia con los medicamentos. <p>Estos servicios pueden ser autodirigidos si usted lo elige. Esta opción les 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.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS)</p> <p>El plan ofrece un sistema de control personal que funciona las 24 horas, los 7 días de la semana. En el caso de una emergencia, usted puede presionar un botón de llamada para pedir ayuda.</p> <p>PERS está disponible para todos los miembros que residen en la comunidad (miembros que no están en un centro de enfermería). Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Control de plagas</p> <p>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 miembros que residen en la comunidad (miembros que no están en un centro de enfermería). Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos necesarios por motivos médicos, prestados en estos sitios: <ul style="list-style-type: none"> ○ El consultorio del médico. ○ Centro de cirugía ambulatoria certificado. ○ Departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. • 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 lo indica para ver si necesita tratamiento. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico. • Atención dental que no sea de rutina Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas. ○ Fijación de fracturas de mandíbula o huesos faciales. ○ Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación por cáncer neoplásico. ○ Servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podología</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años de edad o más, el plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (PSA). 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los aparatos protésicos reemplazan la totalidad o una parte de una parte o función del cuerpo. El plan pagará los siguientes dispositivos protésicos y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de las colostomías. • Marcapasos. • Inmovilizadores. • Zapatos protésicos. • Brazos y piernas artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. Pagará además la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte el apartado “Atención de la vista” que figura más adelante.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave. El miembro debe tener una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p> Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</p> <p>El plan pagará los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS. Un proveedor de atención primaria debe indicar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Cada sesión puede tener una duración de 20 a 30 minutos. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones se deben brindar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario por motivos médicos). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, 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, incluido su almacenamiento y administración. <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan pagará por sangre íntegra y glóbulos rojos concentrados a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario u obtener donaciones de sangre de usted mismo o de otra persona. ○ El plan pagará por todas las otras partes de la sangre, a partir de la primera pinta que se use. • 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 de radiología 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. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un asilo 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 atención de enfermería donde su cónyuge vive en el momento en que usted se retira del hospital. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia con actividad física supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará la SET a los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que tienen una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento para PAD. El plan pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máximo de 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para SET. • Un adicional de 36 sesiones si el proveedor de atención médica lo considera necesario por motivos médicos. <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento físico terapéutico 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. • 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 profesional en enfermería/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado. 	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación que no sea de emergencia. • Una enfermedad médica repentina. • Una lesión. • Una afección que necesita atención inmediata. <p>Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores que no sean de la red cuando no puede acudir a un proveedor de la red.</p> <p>Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p> Atención de la vista</p> <p>El plan pagará los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre exámenes oculares regulares para anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, el plan pagará un examen de detección de glaucoma por año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Afroamericanos de 50 años de edad y mayores. • Estadounidenses de origen hispano de 65 años o más. <p>El plan cubre un examen de la vista cada año.</p> <p>El plan también pagará por anteojos correctivos, marcos y reemplazos si los necesita después de la extracción de cataratas sin un implante de lentes.</p> <p>Además de los servicios cubiertos, el plan proporcionará hasta \$300 adicionales para un (1) par de marcos, lentes de anteojos o lentes de contacto por año.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la única visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluso exámenes de detección y vacunas). • Remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, informe en el consultorio del médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0

E. Nuestros servicios basados en el hogar y la comunidad

Además de estos servicios generales, nuestro plan también cubre servicios basados 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 la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (la exención 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayudas de adaptación y suministros médicos</p> <p>El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o artículos que sean necesarios para atender sus necesidades específicas, incluidos aquellos necesarios para dar apoyo de vida hasta un límite de \$10,000 por año.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizá otros artículos/servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevadores, incluidos los elevadores de vehículos. • Ayudas para la movilidad. • Dispositivos de posicionamiento. • Interruptores de control/interruptores neumáticos y dispositivos. • Unidades de control ambiental. • Suministros necesarios por motivos médicos. • Ayudas para comunicarse (incluidas las baterías). • Equipos de adaptación/modificados para actividades de la vida diaria. • Frenos de seguridad y dispositivos de seguridad. <p>Los administradores de casos pueden ayudarlo a conseguir suministros o equipos.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención temporal de adultos</p> <p>El plan cubre alojamiento durante las 24 horas en un hogar temporal si usted tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales, o si no puede continuar funcionando de manera independiente en su propio hogar.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de las comidas. • Tareas domésticas. • Cuidado personal. • Tareas de enfermería. • Supervisión. • Servicios de acompañante. • Asistencia para la vida diaria. • Transporte. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Atención para enfermedad de Alzheimer</p> <p>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 para un miembro que sufre de Alzheimer y otros tipos de demencia.</p> <p>Un álbum de fotos de por vida. Debe tener diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otra demencia.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de vida asistida</p> <p>El plan cubre alojamiento durante las 24 horas para usted si no puede vivir de manera independiente en su propio hogar.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hogar de acogida/cuidado de acompañante que le proporciona: <ul style="list-style-type: none"> ○ Asistencia personal. ○ Tareas funcionales para vivir. ○ Supervisión de su seguridad y protección. ○ Actividades de habilitación. • Vivienda supervisada donde se le proporciona: <ul style="list-style-type: none"> ○ Asistencia personal. ○ Tareas funcionales para vivir. ○ Supervisión de su seguridad y protección. ○ Actividades de habilitación. • Servicio de apoyo residencial que le proporciona: <ul style="list-style-type: none"> ○ Asistencia personal. ○ Tareas funcionales para vivir. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Terapia de rehabilitación cognitiva</p> <p>El plan cubre servicios que lo ayudan a aprender o volver a aprender habilidades cognitivas</p> <p>Estas habilidades pueden haberse perdido o alterado como resultado de daño a las células cerebrales o a la química cerebral.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de actividades diarias de salud (DAHS)</p> <p>La atención diurna para adultos comprende actividades sociales, comidas, recreación y algunos servicios relacionados con la salud.</p> <p>Los servicios médicos diurnos comprenden servicios médicos, terapéuticos y sociales más intensivos para personas con problemas médicos graves y para personas que pueden estar en riesgo si reciben atención en un asilo de ancianos.</p> <p>La atención diurna para adultos específica para Alzheimer comprende servicios sociales y médicos solo para personas con Alzheimer o demencia relacionada.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de habilitación diurna</p> <p>Estos servicios lo ayudan a adquirir, retener y mejorar las habilidades necesarias para vivir satisfactoriamente en el hogar o en entornos comunitarios.</p> <p>Promueven la independencia, las elecciones personales y el logro de los resultados identificados en su plan de servicios.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para ayudarlo a preservar 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.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento dental de emergencia. • Tratamiento dental preventivo. • Tratamiento dental terapéutico (restauración, mantenimiento, etc.). • Tratamiento dental de ortodoncia. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de respuesta de emergencia</p> <p>El plan cubre servicios de respuesta ante emergencias para usted a través de un sistema de monitoreo electrónico las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p>En una emergencia, usted puede presionar un botón de llamada para pedir ayuda.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Asistencia de empleo</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de sus preferencias de empleo, habilidades laborales y los requisitos para un entorno laboral y determinadas condiciones laborales. • Ubicación de posibles empleadores que ofrecen empleos compatibles con sus preferencias, habilidades y requisitos identificados. • Contacto con un posible empleador en su nombre y negociación de su empleo. • Transporte. • Participación en reuniones del equipo de planificación de servicios. 	\$0
<p>Servicios de tareas funcionales para vivir</p> <p>Estos servicios lo ayudan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación y preparación de comidas. • Transporte o ayuda para conseguir transporte. • Asistencia con la locomoción y la movilidad. • Reforzamiento de apoyo del comportamiento o actividades de terapias especializadas. • Asistencia con los medicamentos. 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Comidas a domicilio</p> <p>El plan cubre comidas calientes y nutritivas que son servidas en su hogar. Las comidas están limitadas a 1 a 2 por día.</p> <p>Además, para miembros de bienestar de la comunidad, el plan cubre comidas calientes y nutritivas que son servidas en su hogar después de que le den de alta de un hospital o un centro de enfermería especializada. Las comidas están limitadas a dos veces al día durante cinco (5) días. Los miembros que se encuentran en centros de enfermería no reciben comidas entregadas en el hogar.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Modificaciones menores en el hogar</p> <p>El plan cubre modificaciones menores en la casa para garantizar 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.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de rampas y barras de agarre. • Ampliación de puertas de entrada. • Modificaciones en la cocina y el baño. • Otras adaptaciones de accesibilidad especializadas. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de enfermería</p> <p>El plan cubre el tratamiento y monitoreo de sus afecciones médicas, especialmente si tiene afecciones crónicas que requieren tareas específicas de enfermería.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia ocupacional</p> <p>El plan cubre para usted terapia ocupacional, que comprende la evaluación y el tratamiento por parte de un terapeuta ocupacional certificado.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección y evaluación. • Elaboración de planes de tratamiento terapéutico. • Intervención terapéutica directa. • Asistencia y capacitación con ayudas de adaptación y dispositivos de comunicación aumentada. • Consulta con otros proveedores de servicios y miembros de la familia y capacitación de estos. • Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>El plan cubre asistencia personal con actividades de la vida diaria.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseo. • Comer. • Bañarse. • Vestirse e higiene personal. • Tareas funcionales para vivir/asistencia con la planificación. • Preparar la comida. • Transporte o ayuda para conseguir transporte. • Asistencia con la locomoción y la movilidad. • Reforzamiento de apoyo del comportamiento o actividades de terapias especializadas. • Asistencia con los medicamentos. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Fisioterapia</p> <p>El plan cubre para usted terapia física, evaluaciones y tratamientos por un fisioterapeuta certificado.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección y evaluación. • Elaboración de planes de tratamiento terapéutico. • Intervención terapéutica directa. • Asistencia y capacitación con ayudas de adaptación/dispositivos de comunicación aumentada. • Consulta con otros proveedores de servicios y miembros de la familia y capacitación de estos. • Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de relevo</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, hasta 30 visitas al año, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia personal. • Actividades de habilitación. • Actividades comunitarias. • Actividades de ocio. • Supervisión de su seguridad y protección. • Desarrollo de comportamientos socialmente valorados. • Desarrollo de habilidades de la vida diaria. <p>La atención de relevo se proporciona para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Puede ser proporcionado en los siguientes lugares: su hogar o lugar de residencia; hogar temporal de atención de adultos; centro de enfermería certificado de Texas Medicaid; y un centro de vida asistida.</p> <p>Los miembros no exentos que residen en la comunidad son elegibles para recibir atención de relevo, que se limita a cuatro (4) horas en dos (2) días u ocho (8) horas en un (1) día.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia del habla, la audición y el lenguaje</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección y evaluación. • Elaboración de planes de tratamiento terapéutico. • Intervención terapéutica directa. • Asistencia/capacitación con ayudas de adaptación y dispositivos de comunicación aumentada. • Consulta con otros proveedores de servicios y miembros de la familia y capacitación de estos. • Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Consulta de apoyo</p> <p>El plan cubre consulta de apoyo opcional proporcionada por un asesor de apoyo certificado elegido.</p> <p>Este asesor lo ayudará a aprender sobre las responsabilidades del empleador y a ponerlas en práctica.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reclutamiento, selección 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. • Manejo de trabajadores. • Otras habilidades profesionales que sean necesarias. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Empleo con apoyo</p> <p>El plan cubre empleo con apoyo, que se le proporciona en su lugar de empleo si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>El plan también cubre el transporte hacia y desde su sitio de trabajo, y supervisión y capacitación para usted más allá de lo que un empleador proporcionaría normalmente.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de asistencia de transición</p> <p>El plan cubre una transición de un centro de enfermería a un hogar en la comunidad, hasta un límite de \$2,500.</p> <p>El plan puede pagar los siguientes servicios si son necesarios por motivos médicos o funcionales, y quizás otros servicios que no figuran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de los depósitos de seguridad necesarios 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. • Pago de servicios para garantizar su salud en el apartamento o la casa, como erradicación de plagas, control de alérgenos o una limpieza única antes de la ocupación. <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

F. Beneficios cubiertos fuera de Amerigroup STAR+PLUS MMP

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

F1. Cuidados paliativos

Puede recibir atención de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos 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 cuidados paliativos ofrecen a los miembros y las familias cuidado paliativo y de apoyo para satisfacer las necesidades especiales que surgen de tensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales y económicas, que son experimentadas durante las fases iniciales de la enfermedad y durante la muerte y el duelo. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información acerca de lo que Amerigroup STAR+PLUS MMP paga mientras está recibiendo servicios de cuidados paliativos.

Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:

- El proveedor de cuidados paliativos le facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A o B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal (excepto por atención de emergencia o atención necesitada con urgencia):

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

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

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

Nota: Si usted necesita atención que no sean cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de servicios para hacer los arreglos para los servicios. La atención que no consiste en cuidados paliativos es la que no está relacionada con su diagnóstico terminal. Llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local para recibir ayuda con la coordinación de servicios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

F2. Servicios de transporte médico que no son de emergencia

Estos son servicios de transporte que recibe para que lo lleven a citas médicas, como con el médico o el dentista, o a la farmacia.

F3. Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR)

Este es un programa pensado para garantizar que los miembros no sean llevados incorrectamente a asilos de ancianos. Esto requiere que a los miembros (1) se los evalúe para detectar enfermedades mentales, discapacidades intelectuales o ambas; (2) se les ofrezca el entorno más adecuado 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 no cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicare o Texas Medicaid

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

La lista detallada abajo describe algunos servicios y artículos que el plan no cubre en ninguna circunstancia, y algunos otros que el plan excluye solo en determinados 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 la Tabla de beneficios, **los siguientes servicios y artículos no están cubiertos por nuestro plan:**

- Servicios considerados no “razonables y necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare o Texas Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos 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, páginas 42-43 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere necesario por motivos médicos y Medicare lo cubra.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere necesario por motivos médicos.
- Personal de enfermería particular.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- 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, como asistencia básica en el hogar, limpieza doméstica ligera o preparación de comidas.
- Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (como bajar de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvjecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren necesarios por motivos médicos.
- Cirugía estética u otro tipo de trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Atención quiropráctica, que no sea 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 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 otras ayudas para visión escasa.
- Reversión del procedimiento de esterilización y suministros anticonceptivos no recetados.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Igualmente, los miembros deberán pagar los montos de sus costos compartidos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

Introducción

Este capítulo detalla las reglas 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. Incluyen los medicamentos cubiertos en la Parte D de Medicare y algunos medicamentos recetados y de venta libre cubiertos en virtud de Texas Medicaid. El Capítulo 6 le informa 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 la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que recibe mientras está en un hospital o centro de atención de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, ciertos productos de suministros para salud en el hogar (tiras de prueba, lancetas, espaciadores) y medicamentos que recibe en una clínica de diálisis. Para conocer más acerca de cuáles medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Reglas de la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Generalmente, el plan cubre los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor deben prescribir su receta. Esta persona, a menudo, es 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 surtir 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 obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

4. Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o es respaldado por ciertos libros de referencia. Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o es respaldado por ciertos libros de referencia. Una indicación médicamente aceptada se refiere al diagnóstico o la afección por la cual se está recetando un medicamento, no la dosis recetada para dicha indicación. El medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada 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 ser usadas para la prevención de una afección).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas.....	108
A1. Cómo surtir una receta en una farmacia de la red.....	108
A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta	108
A3. Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red.....	108
A4. Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red.....	108
A5. Uso de una farmacia especializada	109
A6. Utilizar servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos	109
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	111
A8. Uso de una farmacia que no está en la red del plan.....	111
A9. Reembolso si usted paga un medicamento recetado	112
B. La Lista de medicamentos del plan	112
B1. Medicamentos de la Lista de medicamentos	112
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos	112
B3. Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos	113
B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos:	114
C. Límites para algunos medicamentos.....	114
D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto	115
D1. Cómo obtener un suministro temporal.....	116
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	118
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	120



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- F1. Si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan 120
- F2. Si se encuentra en un establecimiento de atención a largo plazo 120
- F3. Si se encuentra en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare 120
- G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 121
 - G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 121
 - G2. Programas que ayudan a los miembros a administrar sus medicamentos 121
 - G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides 122



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

A. Cómo surtir sus recetas

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

En la mayoría de los casos, el plan pagará los medicamentos recetados solo si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas 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 al Miembro o a su coordinador de servicios.

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta

Para surtir una receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red facturará al plan nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia un copago cuando recoja su receta.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro en el momento de surtir su receta, pídale 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 solicitarnos posteriormente que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Si no puede pagar el medicamento, póngase en contacto con Servicios al Miembro de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

- Para saber cómo solicitarnos que le paguemos, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro o con su coordinador de servicios.

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

Si cambia de farmacia y necesita resurtir una receta, puede solicitar una nueva receta emitida por un proveedor o solicitar a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios al Miembro o con 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 farmacia nueva de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios al Miembro o a su coordinador de servicios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

A5. Uso de una farmacia especializada

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un asilo 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 la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, póngase en contacto con Servicios al Miembro.
- 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 al Miembro 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 de servicios del plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados en nuestra Lista de medicamentos como medicamentos de venta por correo.

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

Cómo surtir recetas por correo

Para recibir formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web www.myamerigroup.com/TXmmp o llame a Servicios al Miembro o a su coordinador de servicios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Por lo general, un medicamento recetado de pedido por correo le llegará en el plazo de 7 a 14 días. Si su medicamento recetado pedido por correo se retrasa, cubriremos un suministro temporal de una farmacia minorista. Póngase en contacto con su coordinador de servicios o con Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

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 del consultorio del proveedor y los resurtidos de recetas para pedido por correo:

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de su parte

La farmacia surtirá y enviará 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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de que se le facture y se envíe.
- 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.

3. Resurtido de recetas para pedido por correo

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted está por quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si este ha cambiado.
- Si decide no usar el programa de resurtido automático, 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 no ser incluido en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, póngase en contacto con nosotros llamando a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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. Hágaselo saber a su coordinador de servicios o llame a Servicios al Miembro y actualizaremos su archivo de miembro. Si no sabemos cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted, podría perder la oportunidad de decirnos si desea un resurtido 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 enfermedad crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 93 días tiene el mismo copago que uno 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 al Miembro.

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 conocer 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 surten 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 servicio donde puede surtir 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 del día, 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 en que no se podría esperar razonablemente que usted obtuviera medicamentos de una farmacia de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

En estos casos, primero, consulte con Servicios al Miembro para ver 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 todo el costo en lugar de pagar un copago cuando obtenga la receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

Para obtener más información sobre esto, 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.

El plan, junto con un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la Lista de medicamentos. En la Lista de medicamentos, también se indica si existen reglas 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 reglas aquí detalladas.

B1. Medicamentos de la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos según la Parte D de Medicare y medicamentos recetados y de venta libre cubiertos según sus beneficios de Texas Medicaid.

La Lista incluye tanto los medicamentos de marca como los medicamentos 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 reglas aquí detalladas.

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

B2. Cómo 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Llame a Servicios al Miembro 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 incluidos 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 listados 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 en particular, puede presentar una apelación. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D de Medicare y Texas Medicaid) no puede pagar un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos en la Parte A o Parte B de Medicare los cubre 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 ciertos libros de referencia 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 la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos ambulatorios cuando la compañía que elabora el medicamento afirma que debe realizarse análisis o recibir servicios que solo ellos efectúan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos:

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de cuatro (4) niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre). En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

- Los medicamentos de nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es \$0.
- Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es de \$0-\$8.50 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 3 son medicamentos recetados aprobados por Texas Medicaid/el estado. El copago es \$0.
- Los medicamentos de nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos por Texas Medicaid con una receta de su proveedor. El copago es \$0.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El Capítulo 6 indica el monto que pagará por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. De modo general, nuestras reglas lo incentivan a obtener un medicamento que sea eficaz para su afección médica, además de seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como uno de mayor costo, el plan espera que su proveedor use el medicamento de menor costo.

Si hay alguna regla 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 consideran que nuestra regla no debe aplicarse a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales.

Para saber más acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

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

Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- 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 la aprobación, es posible que Amerigroup STAR+PLUS MMP no cubra el medicamento.

Puede obtener un suministro de 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 menor costo (que a menudo son igual de eficaces) antes de cubrir los medicamentos que son más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección 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, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Esto se denomina "terapia escalonada".

4. Límites de cantidades

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

Para saber si alguna de estas reglas se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o revise nuestro sitio web en www.myamerigroup.com/TXmmp.

D. Motivos por los que su medicamento puede 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 cubierto por el plan. El medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos. Es posible que una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero que la versión de marca que desea tomar no esté cubierta. Puede



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

suceder que un medicamento sea nuevo y aún no lo hayamos revisado para determinar la seguridad y eficacia.

- El medicamento está cubierto, pero se aplican reglas o límites especiales respecto de la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, para algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan, se aplican reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o la persona que emite sus recetas quieran solicitarnos una excepción a una regla.

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

D1. Cómo obtener 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 sobre la posibilidad de recurrir a un medicamento diferente o de solicitarle al plan que cubra el medicamento.

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

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 durante un máximo de 31 días.
 - Si su receta fue emitida por menos días, permitiremos que le resurtan varias recetas hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe surtir 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.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Este suministro temporal será durante un máximo de 31 días.
- Si su receta fue emitida por menos días, permitiremos que le resurtan varias recetas hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe surtir 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 por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
 - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal anterior.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al Miembro.

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 a otro medicamento.

Puede haber otro medicamento que cubra el plan y funcione para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione 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 pedirle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitar la excepción.

Si un medicamento que está tomando se sacará de la Lista de medicamentos o se limitará de alguna manera en el año próximo, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento de la Parte D de Medicare para el próximo año. Usted puede entonces pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento de la forma en que le gustaría que se cubriera el año siguiente.
- Nosotros responderemos a su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona que emite las recetas).

Para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios al Miembro o con 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 de enero, pero Amerigroup STAR+PLUS MMP puede agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas acerca de los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir exigir o no la aprobación previa para un medicamento. (Aprobación previa es un permiso de Amerigroup STAR+PLUS MMP antes de que usted pueda conseguir 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 terapias escalonadas 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 reglas de 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 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.
- Se retire un medicamento del mercado.

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

- Revisar la Lista de medicamentos actualizada de Amerigroup STAR+PLUS MMP en línea en www.myamerigroup.com/TXmmp.
- Llamar a Servicios al Miembro para consultar la Lista de medicamentos actual al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

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

- **Está disponible un medicamento genérico nuevo.** En ocasiones, aparece un medicamento nuevo más barato que actúa de la misma forma que uno de la actual Lista



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

de medicamentos. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento actual, 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 actual en la lista pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre el cambio o los cambios específicos 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 acerca de las excepciones.
- **Un medicamento es retirado 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 reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.
- Agregamos un medicamento genérico **y**
 - Sustituimos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos **o**
 - Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios sucedan, le avisaremos al menos 30 días antes de aplicar el cambio en la Lista de medicamentos o cuando usted solicite un resurtido. Esto le dará tiempo para que hable con su médico u otra persona que emita recetas. Ellos podrán ayudarlo a decidir si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en lugar del primero o si debe solicitar una excepción. Entonces usted puede:

- Obtener un suministro del medicamento por 31 días antes de que se realice el cambio a la Lista de medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Pedir una excepción a estos cambios. Para saber más acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la hospitalización. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras reglas para la cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que debe pagar, 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 asilo 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, póngase en contacto con Servicios al Miembro.

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

Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito para cuidados paliativos de Medicare y requiere un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico no cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación de la persona que emitió la receta o de su proveedor de cuidados paliativos 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 estar cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que emite las recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de pedirle a la farmacia que le surta la receta.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

Para conocer más acerca del beneficio de centro de cuidados paliativos, 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.
- Están hechos con ingredientes a los que usted es alérgico.

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 afecciones médicas, puede reunir los requisitos para obtener servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de tratamiento farmacológico (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 hablarán 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 de venta libre.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su visita 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 visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Estos programas de administración del tratamiento farmacológico 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, póngase en contacto con Servicios al Miembro o con 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 tiene un programa que puede ayudar a que los miembros usen con seguridad sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que con frecuencia se usan en exceso. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y necesario por motivos médicos. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de hacer un mal uso o un uso excesivo de sus medicamentos opioides o con benzodiazepinas, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para dichos medicamentos **de una farmacia o de un médico.**
- **Limitar la cantidad** de dichos medicamentos que cubriremos para usted.

Si decidimos 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. Si cree que cometimos un error, si no está de acuerdo con que está en riesgo por el uso excesivo de medicamentos con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que emite sus recetas pueden presentar una apelación. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

El DMP puede no aplicarse en su caso si:

- Tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer.
- Está recibiendo cuidados paliativos.
- Vive en un establecimiento de atención a largo plazo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

Introducción

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

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, **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 adicional” de Medicare para ayudar a cubrir los costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

La ayuda adicional (**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 la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional 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 son los medicamentos que paga el plan.
 - En cuál de los cuatro (4) niveles de costo compartido está cada medicamento.
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios al Miembro. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestra página web en 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Incluye las reglas 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. Farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red. Puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5.

Índice

A. <i>Explicación de beneficios (EOB)</i>	126
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	126
C. Etapas de pago del medicamento para los medicamentos de la Parte D de Medicare	127
C1. Los niveles de costo compartido del plan.....	128
C2. Sus opciones de farmacia.....	128
C3. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	129
C4. Lo que usted paga	129
D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial	131
D1. Sus opciones de farmacia.....	131
D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	131
D3. Lo que usted paga	131
D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial	133
E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	133
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes	133
G. Vacunas	135
G1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	135
G2. Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D de Medicare	135



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

A. Explicación de beneficios (EOB)

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

- Los **costos que paga de su bolsillo**. Este es el monto de dinero que paga usted, 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 medicamentos recetados, además del monto que paga el plan.

Cuando usted obtiene medicamentos recetados por medio del plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de beneficios*. Nosotros la denominamos “EOB”, para abreviar. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes**. El informe indica qué medicamentos recetados recibió. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Información sobre el “Acumulado anual”**. Incluye sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.

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 los costos que paga de su bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. 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 de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que le surtan una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados obtiene y lo que 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 recibir el reembolso.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 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 obtener información sobre 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 los costos de su 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 ayudarlo a cumplir con los requisitos para la cobertura en situaciones catastróficas. Cuando llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, Amerigroup STAR+PLUS MMP paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Revise los informes que le enviamos.

Cuando recibe por correo una *Explicación de beneficios*, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que el informe no es correcto o falta algún dato, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro. Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de pago del medicamento para los medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en virtud de Amerigroup STAR+PLUS MMP. El monto que 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:



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas
<p>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”.</p> <p>Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta diciembre el 12/31/2019.</p> <p>Comienza esta etapa cuando ha pagado cierto monto de los costos que paga de su bolsillo.</p>

C1. Los niveles de costo compartido del plan

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de cuatro (4) niveles de costo compartido. En general, mientras mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de costo compartido correspondientes a sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos de nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es \$0.
- Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es de \$0-\$8.50 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 3 son medicamentos recetados aprobados por Texas Medicaid/el estado. El copago es \$0.
- Los medicamentos de nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos por Texas Medicaid con una receta de su proveedor. El copago es \$0.

C2. 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.
- Una farmacia fuera de la red.

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

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

C3. 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 de hasta 93 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

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

C4. Lo que usted paga

Es posible que deba pagar un copago cuando surta una receta. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el precio inferior.

Puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro para saber cuánto es el copago para cualquier medicamento cubierto.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Su parte del costo cuando recibe 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 como máximo.	El servicio de venta por correo del plan Un suministro para un mes o 93 días como máximo.	Una farmacia de la red para atención a largo plazo Un suministro para 31 días como máximo.	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 detalles.
Costo compartido Nivel 1 (Medicamentos de marca y genéricos preferidos de la Parte D de Medicare).	\$0	\$0	\$0	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.
Costo compartido Nivel 2 (Medicamentos preferidos y no preferidos genéricos y de marca de la Parte D de Medicare).	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.25/\$3.40. Medicamentos de marca: \$0/\$3.80/\$8.50. (según su nivel de Ayuda adicional).	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.25/\$3.40. Medicamentos de marca: \$0/\$3.80/\$8.50. (según su nivel de Ayuda adicional).	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.25/\$3.40. Medicamentos de marca: \$0/\$3.80/\$8.50. (según su nivel de Ayuda adicional).	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.
Costo compartido Nivel 3 (Medicamentos recetados aprobados por Texas Medicaid/el estado).	\$0 (para 31 días como máximo).	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 3.	\$0 (para 31 días como máximo).	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.
Costo compartido Nivel 4 (Medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por Texas Medicaid/(el estado); los medicamentos OTC cubiertos requieren una receta de su proveedor).	\$0 (para 31 días como máximo).	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 4.	\$0 (para 31 días como máximo).	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 costo compartido en que se encuentre el medicamento y dónde lo obtuvo.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de cuatro (4) niveles de costo compartido. En general, mientras mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para buscar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos de nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es \$0.
- Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de la Parte D de Medicare. El copago es de \$0-\$8.50 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 3 son medicamentos recetados aprobados por Texas Medicaid/el estado. El copago es \$0.
- Los medicamentos de nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos por Texas Medicaid con 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.
- Una farmacia fuera de la red.

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

Para obtener más información acerca de 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 de hasta 93 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo, 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro para saber cuánto es el copago para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando recibe 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 como máximo.	El servicio de venta por correo del plan Un suministro para un mes o 93 días como máximo.	Una farmacia de la red para atención a largo plazo Un suministro para 31 días como máximo.	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 detalles.
Costo compartido Nivel 1 (Medicamentos de marca y genéricos preferidos de la Parte D de Medicare).	\$0	\$0	\$0	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.
Costo compartido Nivel 2 (Medicamentos preferidos y no preferidos genéricos y de marca de la Parte D de Medicare).	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.25/\$3.40. Medicamentos de marca: \$0/\$3.80/\$8.50. (según su nivel de Ayuda adicional).	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.25/\$3.40. Medicamentos de marca: \$0/\$3.80/\$8.50. (según su nivel de Ayuda adicional).	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.25/\$3.40. Medicamentos de marca: \$0/\$3.80/\$8.50. (según su nivel de Ayuda adicional).	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.
Costo compartido Nivel 3 (Medicamentos recetados aprobados por Texas Medicaid/el estado).	\$0 (para 31 días como máximo).	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 3.	\$0 (para 31 días como máximo).	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.
Costo compartido Nivel 4 (Medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por Texas Medicaid/(el estado); los medicamentos OTC cubiertos requieren una receta de su proveedor).	\$0 (para 31 días como máximo).	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 4.	\$0 (para 31 días como máximo).	Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 los costos totales de su bolsillo alcanzan los \$5,100. En ese punto, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. El plan cubre todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

La *Explicación de beneficios* lo ayudará a llevar un registro de lo que usted ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si llega al límite de \$5,100. Muchas personas no llegan al límite en un año.

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Cuando alcanza el límite de costos de bolsillo de \$5,100 por sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 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 que el suministro para un mes, el copago dependerá de la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos el monto que paga



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) 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 (un suministro para 30 días) es \$1.25. Esto significa que la cantidad que paga por su medicamento es un poco más de \$0.04 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será un poco más de \$0.04 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de \$0.29.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro para menos de un mes completo de un medicamento, si esto lo ayudará a planificar mejor cuándo resurtir los medicamentos y no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

G. Vacunas

Nuestro plan cubre vacunas de la Parte D de Medicare. Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

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 vacuna.

G1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que nos llame primero a Servicios al Miembro cuando esté planeando vacunarse.

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

G2. Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D de Medicare

El monto que paga por una vacuna 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 la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare.

A continuación, le indicamos tres formas comunes de cómo puede recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

1. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y se la administran en la farmacia.
 - Usted deberá pagar un copago por la vacuna.
2. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico, quien le administra la vacuna.
 - Deberá pagarle un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de la administración de la vacuna.
 - El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan, en esta situación, de modo que podamos asegurarnos de que ellos sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted compra la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la administre.
 - Usted deberá pagar un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de aplicarle la vacuna.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió en concepto de 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 de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo puede solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos	138
B. Cómo enviar una solicitud de pago	140
C. Decisiones de cobertura.....	140
D. Apelaciones.....	141



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

A. Cómo puede solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturarle al plan por los servicios y medicamentos ya recibidos. Un proveedor 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 140.

- Si los medicamentos o servicios están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted 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 al Miembro o con su coordinador de servicios si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debe haber pagado, o si recibe 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 ocasiones en las que puede necesitar pedir al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia brindada por un proveedor fuera de la red

Debe pedirle al proveedor que facture al plan.

- Si paga usted el monto completo al momento de recibir la atención, pídanos que le hagamos un reembolso. 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 adeuda. 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 de la red le envía una factura

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- 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 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 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 surtidas 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 saber más acerca de farmacias fuera de la red.

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

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted, 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 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 tener 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, su médico u otra persona que emite recetas consideran que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida de cobertura (consulte el Capítulo 9).



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, podemos necesitar obtener más información de su médico u otra persona que emita las 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 de 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 saber más sobre cómo realizar 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 asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo 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 al Miembro y pedir el formulario.

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

Parte D:

Express Scripts
ATTN: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

Parte C:

Amerigroup
P.O. Box 61599
Virginia Beach, VA 23466-1599

También puede enviar por fax su formulario de reclamo y los recibos al 1-608-741-5483.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o medicamento está cubierto por el plan. También decidiremos el monto, si lo hubiera, que usted deberá pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos información adicional de usted.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió las reglas para recibir la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que usted pagó o nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

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

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta en la que se le explicará la razón. En la carta también se le explicarán sus derechos para presentar una apelación.
- Para conocer más acerca de 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 denomina presentación de una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que nosotros pagamos.

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

- Si quiere presentar una apelación para recibir un reembolso por un servicio de atención médica, vaya a la página 173.
- Si quiere presentar una apelación para recibir un reembolso por un medicamento, vaya a la página 182.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades 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	143
B. Nuestra responsabilidad es tratarlo con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento	144
C. Nuestra responsabilidad es asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	145
D. Nuestra responsabilidad es proteger su información personal de salud (PHI)	147
D1. Cómo protegemos su PHI	147
D2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica	147
E. Nuestra responsabilidad es proporcionarle información acerca del plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos	153
F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente	154
G. Su derecho a abandonar el plan	155
H. Su derecho a tomar decisiones acerca de su atención médica	155
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su atención médica	155
H2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo	156
H3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones	157
I. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado	157
I1. Qué debe hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos	157
I2. Cómo obtener más información sobre sus derechos	158
J. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	158



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea parte de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicios al Miembro. 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 recibir materiales escritos en casi cualquier idioma, incluso español y muchos más — solo tiene que pedirlos al representante de Servicios al Miembro.
- 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 durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También nos puede enviar una queja por escrito o por fax como se indica a continuación:

Amerigroup STAR+PLUS MMP
MMP Appeals and Grievances
Mailstop OH0205-A537
4361 Irwin Simpson Road
Mason, OH 45040
Fax: 1-888-458-1406

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 pueda comprenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos durante cada año que esté en nuestro plan.

- Llame a Servicios al Miembro para obtener información de una manera que pueda comprender. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede entregarle materiales en idiomas que no sean inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede obtener materiales escritos en casi cualquier idioma, como español y muchos más. Pregúntele al representante de Servicios al Miembro.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese 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 siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede presentarnos un reclamo por escrito o fax, como se indica a continuación.

Amerigroup STAR+PLUS MMP
 MMP Appeals and Grievances
 Mailstop OH0205-A537
 4361 Irwin Simpson Road
 Mason, OH 45040
 Fax: 1-888-458-1406

B. Nuestra responsabilidad es tratarlo con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** a miembros por ninguno de los siguientes motivos:

- Edad.
- Antecedentes médicos.
- Apelaciones.
- Capacidad mental.
- Conducta.
- Discapacidad física o mental.
- Experiencia en reclamaciones.
- Nacionalidad.
- Origen étnico.
- Raza.
- Evidencia de asegurabilidad.
- Recepción de atención médica.
- Identidad de género.
- Religión.
- Información genética.
- Sexo.
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio.
- Orientación sexual.
- Estado de salud.
- Uso de servicios.

Según las reglas del plan, usted tiene derecho a no ser sometido a ningún tipo de restricción o reclusión física que pueda ser utilizada como medio de coacción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697). También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.
- También puede llamar a la Oficina local de Derechos Civiles. Llame al 1-888-388-6332 (TTY 1-877-432-7232) O llame a la Office of the Ombudsman al 1-877-787-8999 (TTY 1-800-735-2989 o 711).
- Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si usted tiene una reclamación, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicios al Miembro pueden ayudarlo.
- Tiene derecho a que lo traten justamente y con respeto.
- Sus registros médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán en privacidad y confidencialidad.

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

Si no puede recibir servicios dentro de un tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

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 de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.
- Un PCP es el médico o el proveedor de atención primaria a quien usted acudirá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame a los Servicios al Miembro 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 de salud 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Que le informen 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 ver a un especialista o un proveedor 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.
- Usted tiene derecho a recibir servicios o atención 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 obtener información sobre 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 qué tipo de atención médica 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 la atención de emergencia o de urgencia que necesite.
 - Recibir atención médica de manera oportuna.
 - Entrar al consultorio de un proveedor de atención médica 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 de 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 reglas del plan médico, incluso cuáles son los servicios de atención médica que se ofrecen y cómo recibirlos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

D. Nuestra responsabilidad es 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 un aviso por escrito en el que se le informa sobre estos derechos. El aviso se llama “Aviso sobre prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

D1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguraremos de que ninguna persona no autorizada vea o 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 exigidas por la ley.

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestra atención.
- 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.

D2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica

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 atención médica 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 al Miembro.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Aquí se le indicará 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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) después de que sea elegible y se inscriba en nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para que podamos aprobar y pagar su atención médica.

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

- En papel (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 (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 reglas para mantener la información segura (llamadas “políticas y procedimientos”).
 - Enseñamos a las personas que trabajan con nosotros a seguir las reglas.

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que lo ayude con su atención médica o la 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- **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, así como de entregar su PHI para intercambios de información de salud para pagos, tratamientos y operaciones del cuidado de la salud. Si no desea esto, 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 atención médica o la paguen**
 - Con su familia o una persona que usted elija que lo ayude con su atención médica o la 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- 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. No obstante, no tenemos su historia clínica completa. **Si quiere una copia de su historia clínica completa, pídasela a su médico o clínica médica.**
- Puede pedirnos que cambiemos la historia clínica que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información.
- 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.
- Puede pedir una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, aunque lo haga por correo electrónico.
- Si paga la factura completa de un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información acerca de ese servicio con nosotros.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

¿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 Estadounidense de Protección al Usuario de Servicios Telefónicos (TCPA). Las llamadas podrían realizarse para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la 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 reglas de privacidad o desea ejercer sus derechos, llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784. Si tiene sordera o dificultad auditiva, llame al 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 al Miembro o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Human Services). Nada malo le pasará si presenta un reclamo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Sociales:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

1301 Young St., Suite 1169

Dallas, TX 75202

Teléfono: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697

Fax: 214-767-0432

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso según 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 en www.myamerigroup.com/pages/privacy.aspx.

Raza, etnia e idioma

Recibimos información de raza, etnia e idioma sobre usted de la agencia estatal Medicaid y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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 de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Revelarla a usuarios no autorizados.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Su información personal

Como explicamos en esta notificación, podemos pedir, utilizar y divulgar información personal (PI). Su PI no es pública y nos dice quién es usted. A menudo se pide por razones de seguro médico.

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre lo siguiente:
 - Su salud.
 - Sus hábitos.
 - Sus pasatiempos.
- Podemos obtener su PI a partir de otras personas o grupos, como los siguientes:
 - Médicos.
 - Hospitales.
 - Otras compañías aseguradoras.
- En algunos casos, podemos divulgar la PI a personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su permiso.
- Nosotros le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la posibilidad de decir que no.
- Nosotros le diremos cómo debe informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene el derecho de ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

E. Nuestra responsabilidad es 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 conseguir un intérprete, solo tiene que llamarnos al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. Este servicio es gratuito. Puede recibir materiales escritos en casi cualquier idioma, incluso español y muchos más — solo tiene que pedirlos al representante de Servicios al Miembro. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Llame a los Servicios al Miembro si desea información sobre lo siguiente:

- Cómo elegir o cambiar de plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Nuestro plan, incluso:
 - Información financiera.
 - Cómo han calificado el plan los miembros.
 - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros.
 - Cómo se puede dejar el 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 obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en www.myamerigroup.com/TXmmp.
- Servicios y medicamentos cubiertos y reglas que usted debe cumplir, incluso:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
 - Límites de su cobertura y medicamentos.
 - Reglas 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.

F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

G. Su derecho a abandonar el 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 de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare 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 de beneficios de Medicare Advantage o de medicamentos recetados.
- Sin embargo, debe continuar recibiendo los servicios de Medicaid a través de un plan de atención administrada de STAR+PLUS Medicaid. Si desea cambiar de 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 local. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-735-2989 o 711.

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

H1. 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 atención médica cuando recibe servicios. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender. 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 riesgos involucrados. 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 dado de baja del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- **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 de cobertura”. En el Capítulo 9, se indica cómo pedir al plan una decisión de cobertura.

H2. 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 de representación para la atención médica.

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 entregan información sobre Medicare o Texas Medicaid como el Departamento para la Tercera Edad y Servicios de Discapacidad de Texas también pueden tener formularios de directiva anticipada. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para solicitar los formularios.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo 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 su 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 directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

H3. 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 la Facility Licensing Group & Regulatory Licensing Unit del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas al 1-512-458-7111.

I. 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 su atención o sus servicios cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación ante nosotros para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Usted también tiene derecho a una audiencia imparcial del estado en cualquier momento.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y los reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios al Miembro.

Tiene derecho a recibir una respuesta oportuna a un reclamo.

I1. Qué debe hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos

Si siente que ha sido tratado de forma injusta (y **no** es discriminación por las razones mencionadas en la página 144), puede obtener ayuda de estas formas llamando a:

- Servicios al Miembro.
- Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). Para ver los detalles acerca de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La HHSC Office of the Ombudsman ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid con problemas relacionados con el servicio o la facturación. Puede 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Llame al: 1-866-566-8989

TTY 1-800-735-2989. Este número es para las personas que tienen 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

P. O. Box 13247

Austin, TX 78711-3247

En línea: <http://www.hhsc.state.tx.us/ombudsman/>

I2. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen diversas maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Llamar a Servicios al Miembro.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP).
- Comuníquese con Medicare.
 - Visite el sitio web de Medicare para leer o descargar “Derechos y Protecciones de Medicare” (ingrese en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).
 - Llame 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.

J. 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 al Miembro.

- **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos. Para conocer más detalles sobre:
 - Sus servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. En esos capítulos, se le informa lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Sus medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene otra cobertura.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a que sus médicos** y otros proveedores de atención médica 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 de venta libre, 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 entender. 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 debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de efectuar los siguientes pagos:
 - Primas de la Parte A de Medicare y de la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicaid paga por 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. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo hacer una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios al Miembro.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá quedarse 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 ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Le podemos informar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - También, asegúrese de que Medicare y Texas Medicaid conozcan su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para ver 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 miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.
- Tiene que respetar las políticas y los procedimientos del plan médico. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Asegurarse de contar con la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de acudir a un especialista.
- Debe compartir información acerca de su salud con su proveedor de atención primaria y conocer sus opciones de servicio y tratamiento. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
 - Trabajar en equipo con su coordinador de servicios para decidir qué tipo de atención médica es mejor para usted.
- Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame a la línea gratuita 1-800-368-1019 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en www.hhs.gov/ocr.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

¿Qué incluye este capítulo?

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o un reclamo relacionados con el plan.
- Necesita un servicio, un artículo o un medicamento que el plan ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que el plan tomó respecto de su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos finalizan 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 se divide en diferentes secciones que lo ayudarán a encontrar con facilidad lo que busca.

Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o con los servicios y soporte a largo plazo

Usted debe recibir atención médica, medicamentos, y servicios y soporte largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a la HHSC Ombudsman's Office al 1-866-566-8989 para obtener ayuda.** En este capítulo, se explican las opciones que tiene para diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a la HHSC Ombudsman's Office, que le puede brindar orientación para abordar su problema.

Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y las maneras de ponerse en contacto con el programa, consulte el Capítulo 2 para ver más información sobre los programas del Defensor de los Derechos del Paciente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Índice

¿Qué incluye este capítulo?	161
Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o con los servicios y soporte a largo plazo	161
Sección 1: Introducción	164
• Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema	164
• Sección 1.2: Acerca de los términos legales	164
Sección 2: Dónde puede llamar para obtener ayuda	165
• Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y ayuda	165
Sección 3: Problemas con los beneficios.....	166
• Sección 3.1: ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar un reclamo?	166
Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones	167
• Sección 4.1: Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones	167
• Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	167
• Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?	168
Sección 5: Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D).....	170
• Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección	170
• Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura	171
• Sección 5.3: Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	172
• Sección 5.4: Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	176
• Sección 5.5: Problemas con pagos	180
Sección 6: Medicamentos de la Parte D	182
• Sección 6.1: 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.....	182
• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?	183



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Sección 6.3: Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones 185
- Sección 6.4: Cómo pedir una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción..... 186
- Sección 6.5: Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D 189
- Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D 191
- Sección 7: Cómo solicitamos la cobertura de una hospitalización más prolongada 193
 - Sección 7.1: Conozca sus derechos de Medicare 193
 - Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 194
 - Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 196
 - Sección 7.4: ¿Qué sucede si se vence el plazo de la apelación? 197
- Sección 8: Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto..... 199
 - Sección 8.1: Le diremos por adelantado cuándo se finaliza su cobertura..... 199
 - Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 para continuar su atención 200
 - Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 para continuar su atención 202
 - Sección 8.4: ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? 203
- Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 205
 - Sección 9.1: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare..... 205
 - Sección 9.2: Próximos pasos para los servicios y artículos de Texas Medicaid 205
- Sección 10: Cómo presentar un reclamo..... 206
 - Sección 10.1: Reclamos internos 207
 - Sección 10.2: Reclamos externos 208



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Sección 1: Introducción

• Sección 1.1: 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 aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

• Sección 1.2: Acerca de los términos legales

Existe terminología legal compleja para algunas de las reglas y los plazos que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender; por eso, hemos utilizado palabras más simples en lugar de determinados términos legales. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, aparecerá:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad; por eso también los explicamos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Sección 2: Dónde puede llamar para obtener ayuda

• Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

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 ayudarlo a comprender qué hacer para manejar su problema. Para obtener más información sobre los programas del Defensor de los Derechos del Paciente, consulte el Capítulo 2.

La HHSC Ombudsman's Office no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan médico. Pueden ayudarlo a comprender qué procesos utilizar. El número telefónico de la HHSC Ombudsman's Office es 1-866-566-8989. Los servicios son gratuitos.

Puede recibir ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Puede llamar también a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para resolver su problema. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan médico. El SHIP cuenta con asesores capacitados en cada estado, y los 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 recibir 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 del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en <https://www.medicare.gov>.

Cómo obtener ayuda de Texas Medicaid

Puede llamar directamente a Texas Medicaid para obtener ayuda para resolver sus problemas. Estas son 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 (<https://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/>).



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Sección 3: Problemas con los beneficios

- **Sección 3.1: ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar un reclamo?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para resolver sus problemas o reclamos.

<p>¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?</p> <p>(Esto incluye los problemas sobre si determinado tipo de atención médica o medicamento recetado están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema está referido a los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección 4: “Decisiones de cobertura y apelaciones”, página 167.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no está referido a los beneficios o la cobertura.</p> <p>Salte a la Sección 10: “Cómo presentar un reclamo”, página 206.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

• Sección 4.1: Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura. También incluye problemas con los pagos.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar.

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 de cobertura antes de que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos si considera 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 no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

• Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo pedirle ayuda para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquier de los que se mencionan a continuación:

- Llame a **Servicios al Miembro** al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.
- Llame a la **HHSC Ombudsman's Office** para recibir ayuda gratuita. La HHSC Ombudsman's Office ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid con problemas relacionados con el servicio o la facturación. El número de teléfono es 1-866-566-8989.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)** para recibir ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No tiene ninguna 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 presentar una apelación en su nombre.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Usted puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y pida el formulario “Designación de un representante”.
 - También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>. El formulario le otorga a la otra persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a solicitarle a un abogado** que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencias. Algunos grupos jurídicos le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Si quiere que lo represente un abogado, deberá llenar el formulario de Designación de un representante.
 - Sin embargo, **no es obligatorio que tenga un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o presentar una apelación.

• **Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?**

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Este capítulo está dividido en distintas secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- **En la Sección 5, página 170**, se le da información si tiene problemas con los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - No está recibiendo la atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención.
 - No aprobamos los servicios, artículos o medicamentos que su médico desea brindarle y usted considera que deberían estar cubiertos.
 - **NOTA:** Solo use la Sección 5 si hay medicamentos **no** cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un asterisco (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6, página 189, para apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Recibió atención o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos, pero no pagamos dicha atención.
 - Recibió y pagó servicios médicos o artículos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere solicitarnos que le reembolsemos el dinero.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Le han notificado que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican reglas especiales para estos tipos de atención. Consulte las Secciones 7 y 8, páginas 193 y 199.
- **En la Sección 6, página 182,** se le proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
 - Quiere solicitarnos que no apliquemos límites en la cantidad de medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otra persona que emite recetas consideran que deberíamos haberlo hecho.
 - Quiere solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que usted ya compró. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago).
- **En la Sección 7, página 193,** se le proporciona información sobre cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Está en el hospital y cree que el médico le solicitó que deje el hospital demasiado pronto.
- **En la Sección 8, página 199,** se le proporciona información si considera que la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la HHSC Ombudsman's Office al 1-866-566-8989.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Sección 5: Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

• Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección

En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas con sus beneficios para los servicios médicos, de salud del comportamiento y de atención a largo plazo. También puede usar esta sección ante problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.

En esta sección, se le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o de atención a largo plazo que usted necesita, pero que no está recibiendo.

Qué puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 5.2, página 171, para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. El plan no aprobó la atención que su médico desea brindarle y usted cree que debería hacerlo.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección 5.3, página 172, para obtener información sobre cómo realizar 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. Consulte la Sección 5.3, página 172, para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o artículos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere que le reembolsemos el dinero por los servicios o artículos.

Qué puede hacer: puede pedirnos un reembolso. Consulte la Sección 5.5, página 180, 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 o interrumpir el servicio. Consulte la Sección 5.3, página 172, para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

NOTA: si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Lea las Secciones 7 u 8, páginas 193 y 199, para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

• Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para recibir servicio médico, de salud del comportamiento o de atención a largo plazo

Para solicitar una decisión de 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), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local
- Puede enviarnos un fax al: 1-844-206-3448
- Puede escribirnos a: MMP Clinical Department, 7430 Remcon Circle, Building C, Ste. 120, El Paso, TX 79912

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, demora hasta 3 días laborales después de la solicitud. Si no le damos nuestra decisión en un plazo de 3 días laborales, puede apelar.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápidamente?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le avisaremos de nuestra decisión en 1 día laboral.

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “determinación acelerada”.

Cómo solicitar una decisión rápida de cobertura:

- Si solicita una decisión rápida de cobertura, debe llamar o enviar un fax al plan para solicitarle que cubra la atención que usted desea.
- Puede llamarnos al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local o enviarnos un fax al 1-855-817-5792. Para obtener los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o a su representante que nos llame.

A continuación, se mencionan las reglas para solicitar una decisión rápida de cobertura:

Debe cumplir con los dos requisitos siguientes para obtener una decisión rápida de cobertura:

1. Puede obtener una decisión rápida de cobertura **solo si solicita cobertura para atención médica o un artículo que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre pago por atención médica o un artículo que ya recibió).



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

2. Puede recibir una decisión rápida de cobertura **solo si el plazo estándar de 3 días laborales podría ocasionar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad funcional.**
- Si su médico dice que necesita una decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico, decidiremos si se la otorgaremos.
 - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 3 días laborales.
 - En esta carta, se le informará que si su médico le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10, página 206.

Si la decisión de cobertura es afirmativa, ¿cuándo recibirá el servicio o artículo?

Recibirá aprobación (autorización previa) para conseguir el servicio o artículo en 3 días laborales (para una decisión de cobertura estándar) o 1 día laboral (para una decisión rápida de cobertura) a partir de la fecha de la solicitud.

Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le indicaremos los motivos de la respuesta **negativa**.

- Si la respuesta es **negativa**, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de negarle la cobertura.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la próxima sección para obtener más información).

• Sección 5.3: Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos si considera que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 aseguradora 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 de cobertura para verificar si es correcta. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando hayamos realizado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

Si, después de nuestra revisión, le comunicamos que el servicio o el artículo no están cubiertos, su caso puede pasar a una apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 1?

- Para iniciar la apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por las apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:

Grievance and Appeals Department
Mailstop OH0205-A537
4361 Irwin Simpson Road
Mason, OH 45040
Fax: 1-888-458-1406
- También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o fax. También puede llamarnos para pedir una apelación.

- Solicite **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para realizar la apelación** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación.
- Continúe leyendo esta sección para conocer qué plazo se aplica a su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

El término legal para una “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Una persona que no sea su médico u otro proveedor también pueden presentar la apelación por usted, pero primero usted debe completar un formulario de Designación de un representante. El formulario le otorga a la otra persona el permiso para que actúe en su nombre.

Para obtener un formulario de Designación de representante, llame a Servicios al Miembro y pida uno, o visite el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o nuestro sitio web en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Estos son algunos ejemplos de buenas razones: tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.

NOTA: Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para realizar la apelación** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?” en la página 176 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Pídanos una copia llamando a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

¿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?

Hacemos una revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas al decir que **No** a su solicitud. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión original. Si la decisión original estuvo basada en una falta de necesidad médica, entonces el revisor será un médico.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o a su médico.

¿Cuándo conoceré la decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10, página 206.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días calendario 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. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. 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 para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4, página 176.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura en un plazo de 30 días calendario 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 está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, le explicaremos en la carta cómo presentar una apelación de Nivel 2 personalmente. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4, página 176.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10, página 206.
- 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. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. 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 para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4, página 176.

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 está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, le explicaremos en la carta cómo presentar una apelación de Nivel 2 personalmente. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4, página 176.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue aprobado previamente, le enviaremos una notificación antes de tomar la medida. Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1 y pedir 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 a partir de la fecha de envío de la notificación de la medida.
- La fecha propuesta de entrada en vigor de la medida.

Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se está procesando su apelación.

• Sección 5.4: Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye 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. Esta carta le indicará si el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare o Texas Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- 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 Texas Health and Human Services Commission (HHSC). En la carta, se le indicará cómo hacerlo. Más adelante se incluye información.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como 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 está relacionado 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 quiere solicitar una audiencia imparcial, debe ponerse en contacto 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 estamos rechazando su apelación de Nivel 1 ante nuestro plan. Si tiene un buen motivo para requerir más tiempo, la HHSC Appeals Division puede extenderle este plazo.

Envíe por correo su solicitud por escrito a:

Fair Hearing Coordinator
Amerigroup STAR+PLUS MMP
7430 Remcon Circle
Building C, Suite 120
El Paso, TX 79912

O puede llamar a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. Podemos ayudarlo con esta solicitud. Si necesita una decisión rápida debido a su salud, debería llamar a Servicios al Miembro para pedir una audiencia imparcial acelerada.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Después de que su solicitud de audiencia sea recibida por la HHSC Appeals Division, recibirá un paquete de información 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 decidirá si debe ser cambiada.

- No es necesario solicitar la apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente todo rechazo (parcial o total) a la IRE. Cuando esto suceda, se lo notificaremos.
- La IRE está contratada por Medicare y no tiene ninguna relación con este plan.
- Puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

La IRE debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de recibir los artículos o servicios médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificarán por carta.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, se le concederá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificarán por carta.

¿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 por Texas Medicaid, enviaremos automáticamente la apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial. Las solicitudes para una audiencia



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

imparcial se presentan ante Amerigroup STAR+PLUS MMP, pero son revisadas por la HHSC Appeals Division. Siga las instrucciones de la página 177.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 2?

Si su problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare o **por Medicare y por Texas Medicaid**, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante las apelaciones de Nivel 2.

Si su problema está relacionado con un servicio cubierto **únicamente 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.
- Usted solicita una apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) en un plazo de 10 días de nuestra carta en la que se le informa que estamos denegando su apelación de Nivel 1 o antes de la fecha propuesta de entrada en vigor de la medida, 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 por escrito de la decisión respecto a la audiencia.

- Si la División de Apelaciones de HHSC **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la audiencia.
- Si la División de Apelaciones de HHSC **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar la apelación”.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad independiente de revisión (IRE), le enviarán una carta en la que se explica 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 realizó una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas desde la fecha 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 llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar la apelación”.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

¿Qué ocurre si apelé tanto ante la Entidad de revisión independiente como ante la División de Apelaciones de HHSC y toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de revisión independiente o la División de Apelaciones de HHSC deciden que **aceptan** parte o la totalidad de lo que solicitó, le proporcionaremos el servicio o artículo aprobado que sea lo más cercano a lo que solicitó en su apelación.

Si se rechaza parte o la totalidad de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) pasó a la HHSC Appeals Division, usted puede apelar nuevamente solicitando una revisión administrativa. La carta que recibe de la División de Apelaciones de HHSC describirá esta siguiente opción de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad independiente de revisión (IRE), puede volver a apelar, solo si el valor en dólares del servicio o artículo cumple un cierto monto mínimo. En la carta que reciba de la IRE, se le explicarán otros derechos de apelación que puede tener.

Consulte la Sección 9, página 205, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

● Sección 5.5: Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubiertos. Usted nunca debe pagar el saldo de una factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago correspondiente a determinados medicamentos en la Lista de medicamentos de Amerigroup STAR+PLUS MMP.

Si recibe una factura que sea 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 usted recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También se explica cómo enviarnos la documentación en la que se nos solicita el pago.

¿Puedo pedirles que me reembolsen su parte de un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que si recibe una factura que sea superior a su copago por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagar la factura. Pero, si efectivamente abona la factura, puede obtener un reembolso si respetó las reglas para recibir los servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Nosotros determinaremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y comprobaremos si cumplió con todas las reglas para utilizar su cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo del servicio o artículo en un 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 de cobertura.
- Si el servicio o artículo no están cubiertos, o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3, página 172. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos un servicio o artículo que ya ha recibido y pagado, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE). Si esto sucede, se lo notificaremos por carta.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones 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 llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar la apelación”). En la carta que reciba, se le explicarán otros derechos de apelación que usted pueda tener. Usted puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un cierto monto mínimo. Consulte la Sección 9, página 205, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Texas Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 personalmente (consulte la Sección 5.4, página 176).



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

• Sección 6.1: 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

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare 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 cubiertos* (Lista de medicamentos), incluye algunos medicamentos con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos marcados con un asterisco (*) siguen el proceso de la Sección 5, página 176.

¿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 usted nos puede pedir que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción como las siguientes:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero requerimos que usted obtenga aprobación previa antes de cubrirlo para usted).

NOTA: si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir, usted obtendrá un aviso en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos pide que pagemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Utilice la tabla que aparece debajo para decidir qué sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección 6.2, página 183. Consulte también las Secciones 6.3 y 6.4, páginas 185 y 186.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o reglas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</p> <p>Salte a la Sección 6.4, página 186.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Salte a la Sección 6.4, página 186.</p>	<p>¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted desearía que lo hiciéramos?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que usted solicita que reconsideremos la decisión).</p> <p>Salte a la Sección 6.5, página 189.</p>

• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* o para usar el medicamento sin ciertas reglas y



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* o no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando solicita una excepción, su médico o la persona que emite recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona que emite recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (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 costo compartido que se aplica a medicamentos del nivel (2).
 - No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a algunos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Que se obtenga la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “terapia escalonada”).
 - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.
 - En caso de que decidamos hacer una excepción y eliminar la restricción en su caso, puede solicitar una excepción respecto del monto del copago que debe pagar por el medicamento.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina, en ocasiones, una **“excepción al formulario.”**



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

• **Sección 6.3: Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones**

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona que emite recetas deben darnos una declaración donde se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico o la persona que emite recetas cuando solicite la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Se los llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una 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. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar 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 6.5, página 189, se le indica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

En la siguiente sección, se indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

• **Sección 6.4: Cómo pedir una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción**

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que emita recetas) pueden hacer esto. Puede llamarnos al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.
- Usted, su médico (o la persona que emite recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección 4, página 167, para averiguar cómo dar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No es necesario que les otorgue permiso por escrito a su médico o a la persona que emite las recetas para que soliciten una decisión de 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 explican los casos en los que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico o la persona que emite recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento. A esto le llamamos “declaración de respaldo”.
- Su médico u otra persona que emita recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otra persona que emita recetas pueden llamarnos por teléfono, y después enviar una declaración por fax o correo.

Panorama general: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llame, escriba o envíe un fax para solicitar la decisión o pídale a su representante, médico o a la persona que emite recetas que la solicite. Le daremos la respuesta a una decisión estándar de cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos la respuesta al reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico o la persona que emite recetas.
- Usted, su médico o la persona que emite recetas pueden pedir una decisión rápida. (Normalmente, recibimos las decisiones rápidas en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Usaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos aceptado usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

El término legal para una “decisión rápida de cobertura” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.

Si su médico u otra persona que emite recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura y se lo informaremos en la carta.

- Si solicita una decisión rápida de cobertura usted mismo (sin el apoyo del médico u otra persona que emite recetas), decidiremos si le brindemos una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándares en su lugar.
 - También le enviaremos una carta para informarle sobre eso. En la carta, se le comunicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de tomar una decisión estándar.
 - Puede presentar un “reclamo rápido” y obtener una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10, página 206.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. O bien, si solicita una excepción, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico o la persona que emite recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. 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 del médico o de la persona autorizada a dar recetas que justifique su solicitud.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explique por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” 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 recibida su solicitud. O bien, si solicita una excepción, después de recibir la declaración de su médico o la persona que emite recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de respaldo de su médico o la persona que emite las recetas.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explique por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” relacionada con el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. 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 explique por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

• Sección 6.5: Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otra persona que emite recetas, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.
- Si quiere una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para notificarle nuestra decisión. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una buena causa por no cumplir con el plazo límite puede ser una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o la persona que emite recetas, o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o fax. También puede llamarnos para pedir una apelación.

- Solicite **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico o la persona que emite recetas, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es “**redeterminación**” del plan

- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.

Si así lo desea, usted y su médico o la persona que emite recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si apelará una decisión tomada por nuestro plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que emite recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4, página 186.

El término legal para una “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico u otra persona que emite recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. 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 después de haber recibido la 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 después de recibida 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 está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su apelación. Si considera que su salud lo requiere, debe solicitar una “apelación rápida”.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días si nos solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. 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 recibida 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 después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explica por qué **rechazamos** su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

• Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o presenta 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, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, les enviaremos el archivo de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso y, para ello, debe llamar a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de revisión independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicite **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico u otra persona que emite recetas, o su representante pueden solicitar la apelación de Nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que se le explicará su decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “redeterminación” del plan.

Plazos para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe responder su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 24 horas después de haber recibido la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el 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 después de recibir su apelación o 14 días si usted 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 para el medicamento en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida 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 llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar la apelación”.

Si desea ir al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicite deben alcanzar un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Sección 7: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar cualquier tipo de atención que pueda necesitar cuando deje el hospital.

- El día en que se va del hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha del alta.

Si considera que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. En esta sección, se le indica cómo solicitarla.

• Sección 7.1: Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso denominado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. 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.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El Mensaje importante le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los siguientes:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Formar parte de las decisiones sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. 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 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o a Medicare a los números antes mencionados.

• Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un tiempo más prolongado, debe solicitar una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad realizará la revisión de la apelación de Nivel 1 para ver si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

Para realizar una apelación para cambiar su fecha de alta llame a KEPRO al: 1-888-315-0636.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de retirarse del hospital y a más tardar en la fecha prevista del alta. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad.

- **Si llama antes de retirarse**, se le permitirá permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
- **Si no llama para presentar una apelación** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 7.4, página 197.

Panorama general: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-888-315-0636 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha prevista del alta.

Queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439 o a la HHSC Ombudsman's Office al 1-866-566-8989.

¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica 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 de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad una “**revisión rápida**” de su fecha del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura después de la fecha prevista del alta. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores consultarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, usted recibirá una carta en la que se indicará su fecha de alta planificada. En la carta, se explicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado que reciba el alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación escrita es “Notificación detallada del alta”.

Puede obtener una muestra llamando a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. 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 puede ver un aviso de muestra en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean necesarios por motivos médicos.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación, significa que la fecha prevista del alta es apropiada por motivos médicos. En caso de que esto suceda, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará el mediodía del día posterior al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar para continuar su hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que posiblemente deba pagar comienza al mediodía del día después en que la Organización para la Mejora de la Calidad le comunique su respuesta.
- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2.

• **Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Deberá volver a comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al: 1-888-315-0636.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-888-315-0636 y solicite otra revisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención para paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

Significa que la Organización para la Mejora de la Calidad está de acuerdo con la decisión del Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

• **Sección 7.4: ¿Qué sucede si se vence el plazo de la apelación?**

Si se vencen los plazos de apelación, existe otra manera de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, llamadas “apelaciones alternativas”. Pero los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación de Nivel 1 alternativa para cambiar la fecha del alta del hospital

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación en la que se usan plazos rápidos en lugar de plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información acerca de la hospitalización. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y cumplía con todas las reglas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sigan siendo médicamente necesarios.
- También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Llame al número de Servicios al Miembro y solicite una “revisión rápida” de su fecha del alta del hospital.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era apropiada por motivos médicos. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital después de la fecha planificada de 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 reglas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación de Nivel 2 alternativa para cambiar la fecha del 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 después de haberle informado nuestra decisión de Nivel 1. Si considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. En la Sección 10, página 206, se le 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 determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores suelen darle 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 gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- 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 prevista del alta. También debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa

No es necesario que haga nada. El plan enviará su apelación automáticamente a la Entidad de revisión independiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era apropiada por motivos médicos.
- En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí se le brindarán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez.

Sección 8: Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección hace referencia solo a los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica a domicilio.
- Atención de enfermería especializada brindada en un centro de atención de enfermería especializada (SNF).
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos mientras el médico indique que los necesita.
 - Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle antes de que estos 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**. En esta sección, se le indica cómo solicitar una apelación.

• Sección 8.1: Le diremos por adelantado cuándo se finaliza su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. También se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”.

- En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
- En el aviso por escrito también se le indica cómo puede apelar la decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. 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 atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

• Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 para continuar su atención

Si considera que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de iniciar su apelación, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección 10, página 206, se le indica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. O bien, puede llamar a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud al 1-800-252-3439.

Durante una apelación de Nivel 1, una Organización para la Mejora de la Calidad revisará su apelación y decidirá si debe cambiar la decisión tomada por nosotros. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al: 1-888-315-0636. La información sobre cómo presentar una apelación ante la Organización para la Mejora de la Calidad también se incluye en el “Aviso de no cobertura de Medicare”. Es el aviso que recibió cuando le comunicaron que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica 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 de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe pedir?

Pídales una “apelación rápida”. Es una revisión independiente respecto de si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su plazo para ponerse en contacto con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-888-315-0636 y solicite una “apelación por vía rápida”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de su fecha prevista del alta.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si no cumple con el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, en su lugar puede hacer una apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4, página 203.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”.

Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local o 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. O puede ver una copia en línea en

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando solicite una apelación, el plan debe enviarles una carta a usted y a la Organización para la Mejora de la Calidad en la que explique por qué debe cancelar sus servicios.
- Los revisores también consultarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- **Dentro del 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 en la que se explica por qué sus servicios deben finalizar es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo necesarios por motivos médicos.

¿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 la parte que nos corresponde de los costos de esta atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención 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 mismo deberá pagar el costo total de esta atención.

• Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 para continuar su atención

Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura para la atención ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, la Organización para la Mejora de la Calidad revisará nuevamente la decisión que se tomó en el Nivel 1. Si aceptan la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de la atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) 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 Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al: 1-888-315-0636. Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la Mejora de la Calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario de recibida su solicitud de apelación.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que cubra su atención durante más tiempo

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-888-315-0636 y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de su fecha prevista de alta.

¿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 por su atención durante el tiempo que sea necesario por motivos médicos.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- En la carta que recibirá, se le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí se le brindarán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

• **Sección 8.4: ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?**

Si se vencen los plazos de apelación, existe otra manera de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, llamadas “apelaciones alternativas”. Pero los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación de Nivel 1 alternativa para continuar su atención más tiempo

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación en la que se usan plazos rápidos en lugar de plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su atención médica a domicilio, su atención en un centro de atención de enfermería especializada o la atención que recibe en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Comprobamos si la decisión sobre cuándo se deberían cancelar los servicios fue justa y cumplía con todas las reglas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean necesarios por motivos médicos. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era apropiado por motivos médicos. Nuestra cobertura finalizará a partir del día en que comunicamos que finalizaría.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Llame al número de Servicios al Miembro y solicite una “revisión rápida”.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se cancelarían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación de Nivel 2 alternativa para continuar su atención más tiempo

Enviaremos la información de su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle informado nuestra decisión de Nivel 1. Si considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. En la Sección 10, página 206, se le 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 determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores suelen darle 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 gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte del costo de la atención. También debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la cancelación de la cobertura de los servicios era apropiada por motivos médicos.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará su apelación automáticamente a la Entidad de revisión independiente.

En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí se le brindarán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

• Sección 9.1: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para los servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la Entidad de revisión independiente, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en la apelación de Nivel 3 es un juez administrativo o un abogado mediador. Si quiere que un juez administrativo 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 puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un juez administrativo o un abogado mediador que se ocupen de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez administrativo (ALJ) o abogado mediador, puede recurrir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita asistencia en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede ponerse en contacto con la HHSC Ombudsman's Office. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

• Sección 9.2: Próximos pasos para los servicios y artículos de Texas Medicaid

También tiene más derechos de presentar una apelación si esta 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 HHSC Ombudsman's Office at 1-866-566-8989.

Si no está de acuerdo con una decisión dada por el oficial de audiencias imparciales, puede solicitar una revisión administrativa en un plazo de 30 días de la fecha de la decisión.

En la carta que reciba de la HHSC Appeals Division, se le informará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Sección 10: Cómo presentar un reclamo

¿Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos?

El proceso de reclamos se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que se pueden gestionar a través del proceso de reclamos.

Reclamos sobre calidad

- No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial sobre usted.

Reclamos sobre un mal servicio 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 en forma deficiente.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Reclamos sobre accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica y a las instalaciones en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le ofrece una adaptación razonable a sus necesidades, como un intérprete de lenguaje de señas americano.

Reclamos sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para programar una cita o hay demasiada espera para programarla.
- Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos, o a Servicios al Miembro u otro personal del plan.

Reclamos sobre la limpieza

- Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Panorama general: Cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté vinculada con nuestro plan.

Para realizar un reclamo interno, llame a Servicios al miembro o envíenos una carta.

Existen diversas organizaciones que manejan los reclamos externos. Para obtener más información, consulte la Sección 10.2, página 208.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Reclamos sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una 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 cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Usted considera que, después de brindarle una cobertura o una decisión de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o brindar el servicio, o reembolsarle determinados servicios médicos.
- Cree que no presentamos su caso a la Entidad de revisión independiente en forma oportuna.

El término legal para un “reclamo” es una “**queja**”.

El término legal para “hacer un reclamo” es “**presentar una queja**”.

¿Existen diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Los reclamos internos se presentan ante nuestro plan y este los revisa. Los reclamos externos se presentan ante una organización no vinculada con nuestro plan y esta se encarga de revisarlos. Si necesita ayuda para hacer un reclamo interno o externo, puede llamar a la HHSC Ombudsman’s Office al 1-866-566-8989.

• Sección 10.1: Reclamos internos

Para hacer un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. Puede presentar un reclamo en cualquier momento a menos que sea sobre un medicamento de la Parte D. Si el reclamo es acerca de un medicamento de la Parte D, debe hacerlo **en un plazo de 60 días calendario** después de que tuvo el problema por el que desea reclamar.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una “decisión de rápida cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en 24 horas.

El término legal para un “reclamo rápido” es “queja acelerada”.

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario.
- Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una “decisión de rápida cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o una apelación, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de su reclamo, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos el reclamo o no.

• **Sección 10.2: 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: <https://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/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar a Texas Medicaid sobre 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 a la línea gratuita 1-866-566-8989. Si desea hacer su reclamo por escrito, envíelo a la siguiente dirección:



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Texas Health and Human Services Commission
 Health Plan Operations - H-320
 P.O. Box 85200
 Austin, TX 78708-5200
 ATTN: Resolution Services

También puede enviar su reclamo por correo electrónico a HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

También puede presentar un reclamo ante la 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 con 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 <http://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 St., Suite 1169
 Dallas, TX 75202
Teléfono: 1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697)
Fax: 202-619-3818

También puede tener derechos de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Puede ponerse en contacto con la HHSC Ombudsman's Office para pedir ayuda. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

Puede presentar un reclamo ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad (sin presentarnos el reclamo).
- O puede hacer su reclamo ante nosotros **y** ante la Organización para la Mejora de la Calidad. Si presenta un reclamo ante esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su reclamo.

La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio 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 obtener más información sobre la Organización para la Mejora de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-315-0636.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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

Introducción

En este capítulo se mencionan formas en las que puede cancelar la membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de abandonar plan. Si decide abandonar nuestro plan, aun así formará parte de los programas 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	211
B. Cómo termina su membresía en nuestro plan	211
C. Cómo ingresar en un Medicare-Medicaid Plan distinto	212
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado	212
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	212
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid	214
E. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía	215
F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía	215
G. Reglas para evitar que le pidamos que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.....	216
H. Su derecho a presentar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan	216
I. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan	216



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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, al inscribirse en 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 de febrero, en este ejemplo). Si abandona nuestro plan, puede recibir información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la página 213.
- Servicios de Texas Medicaid en la página 214.

Puede obtener más información sobre cuándo cancelar su membresía llamando a:

- La línea de ayuda de STAR+PLUS MMP al 1-877-782-6440 de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (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 siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: A partir del 1 de enero de 2019, 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 termina su membresía en nuestro plan

Si usted decide terminar su membresía, dígame a Medicaid o a Medicare que desea abandonar Amerigroup STAR+PLUS MMP:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS MMP al 1-877-782-6440 de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora del centro. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2989.
- Envíe un Formulario de cambio de inscripción a MAXIMUS. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda de STAR+PLUS MMP al 1-877-782-6440 si necesita que le envíen uno por correo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas sordas, con problemas de audición o con problemas del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Puede encontrar más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare cuando usted abandona nuestro plan en la tabla de la página 213.

C. Cómo ingresar en un Medicare-Medicaid Plan distinto

Si desea continuar recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid en forma conjunta de un único 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 MMP al 1-877-782-6440 de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora del centro. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2989. Dígalos que usted desea abandonar Amerigroup STAR+PLUS MMP e ingresar en un Medicare-Medicaid Plan distinto. Si no sabe bien en qué plan inscribirse, pueden informarle sobre otros planes en su área.
- Envíe un Formulario de cambio de inscripción a MAXIMUS. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda de STAR+PLUS MMP 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 recibamos su solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en un Medicare-Medicaid Plan distinto después de abandonar Amerigroup STAR+PLUS MMP, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid de forma separada.

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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan médico de Medicare (tal como un Medicare Advantage Plan o un programa de All-inclusive Care for the Elderly [PACE])</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). <p>Su inscripción en Amerigroup STAR+PLUS MMP se cancelará automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). <p>Su inscripción en Amerigroup STAR+PLUS MMP se cancelará automáticamente cuando inicie su cobertura de Original Medicare.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte</p> <p>NOTA: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos recetados si recibe cobertura para medicamentos de un empleador, sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a su Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP) al 1-800-252-3439.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). <p>Su inscripción en Amerigroup STAR+PLUS MMP se cancelará automáticamente cuando inicie su cobertura de Original Medicare.</p>
--	--

D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid.

Los servicios de Texas Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y soporte a largo plazo y atención de la salud del comportamiento.

Si abandona el Medicare-Medicaid Plan, usted permanecerá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

- Puede elegir cambiarse a otro plan médico de solo Medicaid comunicándose con MAXIMUS al 1-877-782-6440 o la línea de ayuda de STAR+PLUS Help Line al 1-877-782-6440, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989.
- Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro, un nuevo *Manual del miembro* y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias*.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

E. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si abandona Amerigroup STAR+PLUS MMP, puede tomar un tiempo antes de que su membresía termine y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid comience. Consulte la página 211 para obtener más información. 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.** Usualmente, sus medicamentos recetados están cubiertos solamente si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia con pedido por correo.
- **Si es hospitalizado 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 donde Amerigroup STAR+PLUS MMP debe terminar su membresía en el plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no califica para Texas Medicaid. Nuestro plan está destinado a las personas que reúnen los requisitos para recibir Medicare y Texas Medicaid.
- Si no paga el monto necesario para calificar para recibir los beneficios (reducción de costos médicos).
- Si se muda fuera del 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 al Miembro 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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) nos notificarán si no reúne los requisitos para seguir siendo miembro con respecto a este punto. Si no cumple con este requisito, debemos cancelar su inscripción.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Podemos hacerlo abandonar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos antes 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 del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de 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. Reglas para evitar que le pidamos que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

Si piensa que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con 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 durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. También debe llamar a Texas Medicaid. Comuníquese 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 cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Igualmente, 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 más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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	218
B. Notificación sobre no discriminación	218
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	218



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en este manual. Las leyes principales 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. Notificación sobre no discriminación

Cada compañía o agencia que trabaja con Medicare y Texas Medicaid debe obedecer la ley. No puede ser tratado de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, credo, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, historia clínica, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad por alguna de estas razones, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://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.

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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 los Servicios al Miembro.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 Medicaid del estado.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitar que cambiemos nuestra decisión de 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 de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven 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.

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 de urgencia: 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 de urgencia por parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no pueda acudir a ellos.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados de forma constante y todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centro de enfermería especializado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero certificado o un médico pueden colocarle.

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 ver a un proveedor fuera de la red. Amerigroup STAR+PLUS MMP puede no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de nuestro plan.

- En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Algunos medicamentos se cubren únicamente si obtiene nuestra autorización previa.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Auxiliar de salud en el hogar: Una persona que brinda servicios que no requieren habilidades de un enfermero o terapeuta licenciado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Cancelación de la inscripción: El proceso de cancelación 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 atención médica que los ayuda a comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales e idiomáticas.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que proporciona cirugías ambulatorias a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se prevé que necesiten más de 24 horas de atención.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo necesarios para brindar una atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios médicos 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 importante. Ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] se explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobro del saldo: Situación en la que un proveedor (un médico o el hospital) factura a la persona más que el monto del costo compartido del plan para los servicios. Como miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted solo debe pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le cobren el saldo a usted. Llame a Servicios al Miembro si recibió alguna factura que no comprende.

Coordinador de servicios: Persona principal que trabaja con usted, el plan médico y sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Copago: Un monto fijo que 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Costo compartido: Montos que usted tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye copagos y coseguro.

Costo compartido diario: 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. El costo compartido diario 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 (un suministro para 30 días) es \$1.25. Esto significa que la cantidad que paga por su medicamento es un poco más de \$0.04 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será un poco más de \$0.04 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de \$0.29.

Costos de su bolsillo: El requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de costo “de su bolsillo”. Consulte la definición anterior sobre “costo compartido”.

Cuidados paliativos: 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 afiliado con un diagnóstico de enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- 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 cuidados paliativos en su área geográfica.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos 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. En este manual, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: Son los dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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 agudo.

Equipo de coordinación de servicios: Un equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales médicos que estarán ahí 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.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Etapa en el beneficio de 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 usted alcanza el límite de \$5,100 para sus medicamentos recetados.

Etapas de cobertura inicial: La etapa previa a que sus gastos totales de medicamentos de la Parte D alcancen los \$5,100. 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 riesgo de salud: Una revisión de la afección actual y de la historia clínica del paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Evaluación integral de riesgo de salud: Una evaluación usada para confirmar su nivel apropiado de riesgo y desarrollar su Plan de atención. Las evaluaciones integrales de riesgo de 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

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

Facturación inadecuada/inapropiada: Situación en la que un proveedor (un médico u hospital) le factura un monto superior al costo compartido del plan para los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP cuando reciba cualquier servicio o medicamento. Llame a Servicios al Miembro 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 surtir 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 celebrado un contrato con 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.

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 médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia clínica. 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.

Ingresos de seguridad complementaria (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.

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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

Manual del miembro e información de divulgación: En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula adicional, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa del Gobierno Federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y soporte a largo plazo y costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por 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 Medicaid en su estado.

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 de Medicare: Medicamentos que pueden estar cubiertos en la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre hacen referencia a cualquier medicamento que una persona puede comprar sin receta de un profesional de atención médica.

Medicare: Programa federal de seguro médico 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



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de servicios para ayudarlo a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y Medicaid que cumple con los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el Estado.

Modelo de atención: Esta es la forma en que brindamos cuidado de la salud a través de nuestro plan. Con Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted tiene un médico principal, un proveedor de atención primaria y un encargado de la atención quien puede ayudarlo a estar al tanto de sus servicios y elaborar su plan de atención.

Necesario por motivos médicos: Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra autorización por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren de una aprobación previa aparecen marcados en la Tabla de beneficios médicos. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las reglas 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 al 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 doctor) o llame a Servicios al Miembro. 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.

Nivel de costo compartido: 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 cuatro (4) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

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. Todo medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* se encuentra en uno de cuatro (4) niveles.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

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 comprender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información acerca del ombudsman en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención 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 ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan de pago por servicio de Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica 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.

Paciente hospitalizado: Un término usado cuando usted ha sido admitido formalmente al hospital para servicios médicos especializados. Si no fuese ingresado formalmente, puede ser considerado un paciente ambulatorio en vez de un paciente hospitalizado, aunque usted permanezca durante la noche.

Pago de ayuda pendiente: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o audiencia imparcial. Esta continuación de la cobertura se denomina “pago de ayuda pendiente”.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención necesaria por motivos médicos en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y cuidados paliativos.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y caminadores) que son necesarios por motivos médicos para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare que les permite a las compañías privadas de seguro médico brindar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Nosotros lo denominamos “Parte D” para abreviarlo). La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Amerigroup STAR+PLUS MMP incluye la Parte D de Medicare.

Pautas de la práctica clínica (CPG): Una declaración escrita o hablada que incluye sugerencias para mejorar su atención.

Persona inscrita en Medicare y Medicaid: Una persona que cumple con los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare y Medicaid también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

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 desarrollado por el coordinador de servicios con usted, su familia, según sea apropiado y sus proveedores. El plan de atención contendrá sus antecedentes médicos; 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 Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA Plans”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Plan médico: Una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de servicios para ayudarlo a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

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 usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información acerca de cómo recibir atención médica de proveedores de atención primaria.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Proveedor 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 dan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y soporte 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: Un reclamo que usted hace sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su atención.

Reclamo: Una declaración oral o por escrito que constata que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud que tenga en cuanto a la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias fuera de la red. El nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.

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, es posible que Amerigroup STAR+PLUS MMP no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de las remisiones en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren remisiones, en el Capítulo 4.

Servicios al Miembro: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios cubiertos: Término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y soporte a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por el plan.

Servicios de rehabilitación: El tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios y soporte a largo plazo (LTSS): Los servicios y soporte a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica prolongada. La mayoría de estos servicios lo ayudan a que permanezca en su hogar y no tenga que dirigirse a un asilo de ancianos u hospital.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Extra Help”.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que requiere que usted primero intente con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.



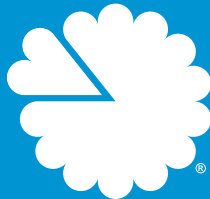
Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP al 1-855-878-1784 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.

Servicios al Miembro 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. Los Servicios al Miembro también ofrecen 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 7430 Remcon Circle Building C, Suite 120 El Paso, TX 79912
SITIO WEB	www.myamerigroup.com/TXmmp



Si tiene alguna pregunta, llame a Amerigroup STAR+PLUS MMP 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. **Para obtener más información**, ingrese en www.myamerigroup.com/TXmmp.



¿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 (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que posee contratos con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos.