Amerigroup
An Anthem Company

TEXAS Medicare Medicaid PLAN
Su Plan de Salud ★ Su Opción

TEXAS Health and Human Services

Resumen de beneficios 2020

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

H8786_20_107555_U_SP CMS Accepted 10/01/2019

500692TXDSPAGP

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan): **Resumen de beneficios 2020**

H8786_20_107555_U_SP CMS Accepted 10/01/2019

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad 2

B. Preguntas frecuentes 3

C. Descripción de los servicios 9

D. Otros servicios que cubre Amerigroup STAR+PLUS MMP 26

E. Servicios cubiertos fuera de Amerigroup STAR+PLUS MMP 32

F. Servicios no cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicare ni Texas Medicaid 33

G. Sus derechos como miembro del plan 34

H. Cómo presentar un reclamo o apelar un servicio denegado 36

I. Qué debe hacer si sospecha de la existencia de fraude 37

J. Para denunciar fraude, malgasto o abuso, haga lo siguiente: 38

J1. Para denunciar fraude, malgasto o abuso, reúna toda la información posible. 38

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan):
Resumen de beneficios 2020

A. Descargos de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP para 2020. Es solo un resumen. Lea el *Manual del miembro* para ver la lista completa de beneficios.

- Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con tanto Medicare como Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos.
- Si necesita información adicional, también puede llamar a la línea de ayuda de STAR+PLUS MMP al 1-877-782-6440, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989.
- Con Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted puede recibir los servicios de Medicare y de Texas Medicaid en un solo plan de salud. Un coordinador de servicios de Amerigroup STAR+PLUS MMP le ayudará a manejar sus necesidades de atención médica.
- Esta no es una lista completa. La información sobre beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea el *Manual del miembro*.
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-878-1784 (TTY: 711), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. local time. The call is free.
- ATENCIÓN: Si habla español, le ofrecemos servicios de asistencia de idiomas sin cargo. Llame al 1-855-878-1784 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-878-1784 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que está en la parte inferior de esta página.

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

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

B. Preguntas frecuentes

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es un Medicare-Medicaid Plan?	Un Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud que tiene contrato con tanto Medicare como Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos. Es para personas que tienen Medicare y Medicaid. 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 ayudarle a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle el cuidado que usted necesita.
¿Qué es un coordinador de servicios de Amerigroup STAR+PLUS MMP?	Un coordinador de servicios de Amerigroup STAR+PLUS MMP es su principal persona de contacto. Esta persona le ayuda a manejar todos sus proveedores y servicios y a asegurarse de que obtenga lo que necesita.
¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo?	Los servicios y apoyos a largo plazo son ayudas para personas que requieren asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, cocinar y tomar un medicamento. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían proporcionarse en un asilo de ancianos u hospital.
¿Recibirá los mismos beneficios que recibe ahora de Medicare y Texas Medicaid en Amerigroup STAR+PLUS MMP? (continúa en la página siguiente)	Usted recibirá sus beneficios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid directamente de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudarán a determinar qué servicios se adaptan mejor a sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora podrían cambiar. Obtendrá casi todos los beneficios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid directamente de Amerigroup STAR+PLUS MMP, pero es posible que siga recibiendo algunos beneficios de la forma que lo hace ahora, es decir, fuera del plan.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Recibirá los mismos beneficios que recibe ahora de Medicare y Texas Medicaid en Amerigroup STAR+PLUS MMP? (continuación de la página anterior)	Cuando se inscribe en Amerigroup STAR+PLUS MMP, usted y su equipo de coordinación de servicios trabajarán en conjunto para desarrollar un Plan de atención para abordar sus necesidades de salud y apoyo. Durante este tiempo, usted puede seguir viendo a sus médicos y recibiendo sus servicios actuales por 90 días, o 180 días si está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo, o hasta que su plan de atención esté completo. Al ingresar a nuestro plan, si usted está tomando cualquier medicamento recetado de Medicare Parte D que Amerigroup STAR+PLUS MMP normalmente no cubriría, puede recibir un suministro temporal. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que Amerigroup STAR+PLUS MMP cubra su medicamento, si es necesario por motivos médicos.
¿Puede consultar a los mismos médicos que consulta ahora?	A menudo, ese suele ser el caso. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con Amerigroup STAR+PLUS MMP y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir acudiendo a ellos. • Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están “dentro de la red”. **Usted debe usar los proveedores de la red de Amerigroup STAR+PLUS MMP**. • Si necesita cuidado urgente o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, puede usar proveedores fuera del plan Amerigroup STAR+PLUS MMP. Para saber si sus médicos están en la red del plan, llame a Servicios para Miembros o lea el *Directorio de proveedores y farmacias* de Amerigroup STAR+PLUS MMP. Si Amerigroup STAR+PLUS MMP es nuevo para usted, puede seguir viendo a los médicos a los que ve ahora por 90 días, o 180 días si está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo, o hasta que su Plan de atención esté completo. Durante ese tiempo, trataremos de ingresar a su proveedor en nuestra red.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué pasa si necesita un servicio pero nadie de la red de Amerigroup STAR+PLUS MMP puede proporcionarlo?	La mayoría de los servicios serán proporcionados por proveedores de nuestra red. Si necesita un servicio que no puede ser proporcionado en nuestra red, Amerigroup STAR+PLUS MMP pagará el costo de un proveedor no perteneciente a la red.
¿Dónde se encuentra disponible Amerigroup STAR+PLUS MMP?	El área de servicio de este plan incluye los condados Bexar, El Paso, Harris y Tarrant, en Texas. Usted debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.
¿Se paga una cantidad mensual (también llamada prima) por la cobertura de Amerigroup STAR+PLUS MMP?	No pagará ninguna prima mensual a Amerigroup STAR+PLUS MMP por su cobertura de salud.
¿Qué es la autorización previa?	Autorización previa significa que usted debe recibir aprobación 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 podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene aprobación. Si necesita cuidado urgente o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no necesita obtener la aprobación primero. Consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 del *Manual del miembro* para obtener información acerca de los servicios que requieren autorización previa.
¿Qué es una remisión? (continúa en la página siguiente)	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 o usar otros proveedores de la red del plan. Si no obtiene aprobación, puede que Amerigroup STAR+PLUS MMP no cubra los

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es una remisión? (continuación de la página anterior)	servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre cuándo se requiere una remisión de su PCP, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.
¿Qué es la Ayuda Extra (Extra Help)?	La Ayuda Extra (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Extra también se llama "subsidio por bajos ingresos" o "LIS". Sus copagos por medicamentos recetados a través de Amerigroup STAR+PLUS MMP ya incluyen el monto de Ayuda Extra para el que usted califica. Para obtener más información sobre la Ayuda Extra, póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Con quién debe ponerse en contacto si tiene preguntas o necesita ayuda? (continúa en la página siguiente)	**Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación de miembro, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup STAR+PLUS MMP:** **LLAME AL** 1-855-878-1784 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés. **TTY** 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
	Si tiene preguntas acerca de su salud, llame a la línea Nurse Advice Call Line (Línea de consejos de enfermería): **LLAME AL** 1-855-878-1784 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana. **TTY** 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Con quién debe ponerse en contacto si tiene preguntas o necesita ayuda? (continuación de la página anterior)	**Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, llame a la Línea de crisis de salud conductual (Behavioral Health Crisis Line):** **LLAME AL** 1-855-878-1784 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana. **TTY** 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.

C. Descripción de los servicios

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

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita ver a un médico	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	
	Visitas de bienestar, como un examen físico	$0	
	Transporte al consultorio de un médico	$0	Es posible que se requiera autorización previa y remisión.
	Atención de un especialista	$0	Es posible que se requiera autorización previa y remisión.
	Atención para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales	$0	
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo una vez)	$0	
Necesita exámenes médicos	Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre	$0	
	Radiografías u otras imágenes, tales como tomografías axiales computarizadas (CAT)	$0	
	Pruebas de detección, como pruebas de detección de cáncer	$0	Es posible que se requiera autorización previa y remisión.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (este servicio continúa en la página siguiente)	Medicamentos genéricos (que no son de marca)	Copago de $0 a $3.60 por un suministro máximo de 93 días de medicamentos genéricos cubiertos de la Parte D. • Copago de $0 por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 de Medicare Parte D (suministro máximo de 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red). • Copago de $0 a $3.60 por medicamentos genéricos preferidos y no preferidos de Nivel 2 de Medicare Parte D (suministro máximo de 93 días en una farmacia minorista o de	Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de Amerigroup STAR+PLUS MMP para obtener más información. Algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro máximo de 93 días por el mismo copago que un suministro para un mes (31 días).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)	Medicamentos genéricos (que no son de marca)	pedido por correo de la red). • Copago de $0 por medicamentos recetados de Nivel 3 aprobados por Texas Medicaid/ el estado y no cubiertos por Medicare (suministro máximo de 31 días en una farmacia minorista de la red). • Copago de $0 por medicamentos de venta libre (OTC) de Nivel 4 aprobados por Texas Medicaid/ el estado; los medicamentos OTC cubiertos requieren una receta de su proveedor (suministro máximo de 31 días en una	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)	Medicamentos genéricos (que no son de marca)	farmacia minorista de la red). Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda Extra que reciba. Para obtener más detalles póngase en contacto con el plan.	
	Medicamentos de marca	Copago de $0 a $8.95 por un suministro máximo de 93 días de medicamentos de marca cubiertos de la Parte D • Copago de $0 por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 de Medicare Parte D (suministro máximo de 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red).	Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de Amerigroup STAR+PLUS MMP para obtener más información. Algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa. Las farmacias minoristas o de pedido por correo de nuestro plan le permiten pedir un suministro extendido de hasta 93 días de ciertos medicamentos de Nivel 1 y 2. Su copago será el mismo para un suministro de 31 días o de 93 días.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)	Medicamentos de marca	• Copago de $0 a $8.95 por medicamentos de marca preferidos y no preferidos de Nivel 2 de Medicare Parte D (suministro máximo de 93 días en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red). • Copago de $0 por medicamentos de marca recetados de Nivel 3 aprobados por Texas Medicaid/el estado (suministro máximo de 31 días en una farmacia minorista de la red). • Copago de $0 por medicamentos de venta libre (OTC) de Nivel 4 aprobados por Texas	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)	Medicamentos de marca	Medicaid/el estado; los medicamentos OTC cubiertos requieren una receta de su proveedor (suministro máximo de 31 días en una farmacia minorista de la red). Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda Extra que reciba. Para obtener más detalles póngase en contacto con el plan.	
	Medicamentos de venta libre	$0	Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de Amerigroup STAR+PLUS MMP para obtener más información. Amerigroup STAR+PLUS MMP cubre algunos medicamentos OTC con una receta escrita de su

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación de la página anterior)			proveedor. Estos medicamentos están en el Nivel 4 de la Lista de medicamentos.
	Medicamentos recetados de Medicare Parte B	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen los medicamentos que le entrega el médico en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se utilizan con ciertos equipos médicos. Lea el *Manual del miembro* para ver más información sobre estos medicamentos. Puede haber limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita terapia después de un accidente cerebrovascular u otro tipo de accidente	Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita atención de emergencia (este servicio continúa en la página siguiente)	Servicios en la sala de emergencias	$0	No se requiere autorización previa para servicios de emergencia. Los servicios fuera de la red están cubiertos. Los servicios no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios excepto bajo circunstancias limitadas.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita atención de emergencia (continuación de la página anterior)			Llame a Servicios para Miembros para conocer los detalles.
	Servicios de ambulancia	$0	Los servicios de ambulancia necesarios por motivos médicos están cubiertos. Es posible que se requiera autorización previa para servicios que no sean de emergencia.
	Atención de urgencia	$0	No se requiere aprobación previa para servicios de atención de urgencia. Los servicios fuera de la red están cubiertos. Los servicios no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios excepto bajo circunstancias limitadas. Llame a Servicios para Miembros para conocer los detalles.
Necesita atención hospitalaria (este servicio continúa en la página siguiente)	Hospitalización	$0	Salvo en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Pueden aplicarse limitaciones. El plan ofrece treinta (30) días adicionales por periodo de beneficios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita atención hospitalaria (continuación)			Es posible que se requiera autorización previa.
	Atención de un médico o un cirujano	$0	La atención de un médico o un cirujano está cubierta durante una hospitalización. Salvo en caso de una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado al hospital. Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades de atención médica especiales	Servicios de rehabilitación	$0	Además del beneficio cubierto, el plan ofrece 12 visitas adicionales de servicios de rehabilitación cardíaca cada año. Es posible que se requiera autorización previa y remisión.
	Equipo médico para atención en el hogar	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Cuidados de enfermería especializada	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita atención de la vista (este servicio continúa en la página siguiente)	Exámenes oculares	$0	Además del beneficio de Texas Medicaid, el plan cubre un examen de la vista de rutina cada año. Es posible que se requiera autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita atención de la vista (continuación)	Anteojos o lentes de contacto	$0	Además del beneficio de Texas Medicaid, el plan cubre un par de lentes y marcos para anteojos o lentes de contacto cada año hasta $300. Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita atención dental (este servicio continúa en la página siguiente)	Consultas dentales	$0	Servicios de diagnóstico tales como: • Un examen dental preventivo cada seis meses • Una limpieza dental cada seis meses • Una radiografía dental cada año
	Atención dental integral	$0	Hasta $400 cada tres meses o $1,600 por año. Los beneficios incluyen: • Servicios que no sean de rutina, tales como empastes, extracciones, tratamientos de conducto radicular, coronas, puentes y prótesis dentales • Servicios de diagnóstico • Servicios reconstituyentes • Endodoncias, periodoncias y extracciones Es posible que se requiera autorización previa y remisión. Hay limitaciones. Llame a Servicios para Miembros para conocer los detalles.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita atención dental (continuación)	Atención dental integral	$0	Los beneficios difieren para miembros calificados e inscriptos en un programa de exención operado por el estado. Cualquier monto restante al final del año no se trasladará al siguiente año.
Necesita servicios auditivos	Exámenes de audición	$0	Los beneficios incluyen estos servicios ilimitados: • Exámenes auditivos de rutina • Ajuste/evaluaciones para audífonos Es posible que se requiera autorización previa.
	Audífonos	$0	Además del beneficio de Texas Medicaid, el plan cubre un máximo de $2,000 para hasta 2 audífonos por año, entre los dos oídos. Es posible que se requiera autorización previa.
Tiene una afección crónica, como diabetes o enfermedad cardíaca (este servicio continúa en la página siguiente)	Servicios para ayudar a controlar su enfermedad	$0	Los beneficios incluyen entrenamiento de autocontrol de la diabetes y educación para enfermedad renal. Hay limitaciones. Es posible que se requiera autorización previa y remisión.
	Suministros y servicios para la diabetes	$0 $0	El beneficio incluye: • Suministros para monitoreo diabético

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Tiene una afección crónica, como diabetes o enfermedad cardíaca (continuación)	Suministros y servicios para la diabetes		• Zapatos y plantillas moldeados a la medida o un par de zapatos de profundidad adicional por año • Plantillas adicionales proporcionadas según sus necesidades Hay limitaciones. Póngase en contacto con Servicios para Miembros para obtener una lista de suministros cubiertos.
Tiene una afección de salud mental	Servicios de salud mental o del comportamiento	$0	El beneficio incluye: • Visitas de terapia individual • Visitas de terapia grupal • Visitas de terapia individual a un psiquiatra • Visitas de terapia grupal a un psiquiatra • Servicios del programa de hospitalización parcial • Centro de tratamiento residencial • Servicios de hospitalización en internación Es posible que se requiera autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Tiene un problema de abuso de sustancias	Servicios para abuso de sustancias	$0	El beneficio incluye: • Visitas individuales para tratamiento ambulatorio de abuso de sustancias • Visitas grupales para tratamiento ambulatorio de abuso de sustancias • Centro de tratamiento residencial • Servicios de hospitalización en internación Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita servicios de salud mental a largo plazo	Atención como paciente hospitalizado para personas que necesitan atención de salud mental	$0	Días de internación ilimitados en un hospital psiquiátrico. Es posible que se requiera autorización previa. Salvo en caso de una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado al hospital.
Necesita equipo médico duradero (DME)	Sillas de ruedas	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Nebulizadores	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Muletas	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Andadores	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Equipos y suministros de oxígeno	$0	Es posible que se requiera autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en su hogar (este servicio continúa en la página siguiente)	Comidas entregadas en su hogar	$0	El plan cubre las comidas entregadas en el hogar para miembros con exención. El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios en el hogar, como limpieza o tareas domésticas	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se apliquen los requisitos de elegibilidad del estado.
	Adaptaciones en su hogar, como rampas y acceso para silla de ruedas	$0	Los beneficios están limitados a: • Hasta $7,500 de límite máximo de por vida • Hasta $300 de límite anual El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado. Es posible que se requiera autorización previa. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.
	Asistente de atención personal (quizá usted pueda emplear a su propio asistente.	$0	Es posible que se requiera autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación)	Llame a Servicios para Miembros para obtener más información).		Es posible que se apliquen los requisitos de elegibilidad del estado.
	Capacitación para ayudarlo a obtener trabajos remunerados o no remunerados	$0	El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado. Es posible que se requiera autorización previa y remisión.
	Servicios de atención médica en el hogar	$0	Estos servicios están disponibles para todos los miembros, según necesidad. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios para ayudarlo a vivir de manera independiente	$0	El beneficio puede requerir reunir los requisitos y estar inscrito en un programa de exención operado por el estado. Es posible que se requiera autorización previa y remisión.
	Servicios diurnos para adultos u otros servicios de apoyo	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita un lugar para vivir donde haya personas disponibles para ayudarlo	Vivienda asistida u otros servicios de vivienda	$0	El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado. Es posible que se requiera autorización previa.
	Atención en un asilo de ancianos	$0	Los servicios están disponibles para los miembros que cumplan con los criterios específicos de nivel de cuidado. Es posible que se requiera autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Su cuidador necesita tiempo libre	Atención de relevo	$0	El plan ofrece 30 días o hasta 720 horas para miembros calificados e inscritos en un programa de exención operado por el estado. Además, el plan ofrece 8 horas de servicios de relevo al año para miembros que no tienen la exención de STAR+PLUS (SPW). Esto se proporciona en incrementos de 4 horas en 2 días u 8 horas en 1 día. Los lugares de servicio cubiertos pueden incluir el hogar o lugar de residencia del miembro, hogares de acogida, hospitales, centros de enfermería y otros centros residenciales de atención comunitaria. Es posible que se requiera autorización previa.
Usted necesita ayuda con las comidas después de ser dado de alta de un hospital o centro de enfermería especializada	Comidas	$0	El plan cubre las comidas entregadas en el hogar después de que usted es dado de alta del hospital, un centro de enfermería especializada o un asilo de ancianos tutelar. Este beneficio extra cubre 2 comidas por día hasta 5 días. Es posible que se requiera autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas acerca de los beneficios)
Usted necesita ayuda para pagar medicamentos de venta libre (OTC)	Catálogo de pedido por correo de artículos sin receta (OTC)	$0	Además del beneficio de Texas Medicaid, el plan ofrece una asignación de $51 cada 3 meses para medicamentos de venta libre (OTC) y artículos relacionados con la atención médica aprobados. Estos medicamentos OTC se entregan por correo y no necesitan receta. Los montos no usados de la asignación no se trasladarán de un trimestre al siguiente.
Usted necesita ayuda para retener los recuerdos	Un álbum de recuerdos para fotografías con el fin de alentar la retención de recuerdos	$0	Un álbum de recuerdos para fotografías con el fin de alentar la retención de recuerdos. Los álbumes de fotos pueden ayudar a estimular los recuerdos de los miembros que sufren enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Un álbum de fotos de por vida. Debe tener diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otra demencia. Es posible que se requiera autorización previa.

D. Otros servicios que cubre Amerigroup STAR+PLUS MMP

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

Otros servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP	Sus costos con proveedores dentro de la red
Dejar de fumar y usar tabaco Los beneficios incluyen asesoramiento para dejar de fumar y terapia de reemplazo de la nicotina (NRT) cuando se recete. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles. Puede requerir remisión.	$0
Membresía en club de salud/clases de acondicionamiento físico Membresía en un programa de SilverSneakers® para mejorar el estado físico. A los miembros se les enseña el uso del equipo de los centros de acondicionamiento físico contratados y programas de ejercicio a su propio ritmo en el hogar a través de una orientación del programa. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Habilitación Es posible que se requiera autorización previa. Pueden aplicarse requisitos de elegibilidad del estado o el beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado.	$0

Otros servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP	Sus costos con proveedores dentro de la red
Servicios de centro de parto independientes Es posible que se requiera autorización previa y remisión. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Servicios de planificación familiar Es posible que se requiera autorización previa. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Servicios de asesoría Es posible que se requiera autorización previa y remisión.	$0
Servicios de asistencia personal autodirigidos Es posible que se requiera autorización previa. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Institución para servicios de salud mental para personas de 65 años de edad en adelante Es posible que se requiera autorización previa y remisión. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Empleo con apoyo Es posible que se requiera autorización previa. El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado.	$0

Otros servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP	Sus costos con proveedores dentro de la red
Acupuntura Es posible que se requiera autorización previa. El beneficio está limitado a 6 tratamientos por año. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Examen físico anual El examen físico anual completo y los análisis de laboratorio asociados están cubiertos. El beneficio está limitado a 1 examen físico por año.	$0
Asistencia de empleo El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado.	$0
Servicios de enfermería Es posible que se requiera autorización previa. El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS) Es posible que se requiera autorización previa. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0

Otros servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP	Sus costos con proveedores dentro de la red
Cuidado tutelar de adultos Es posible que se requiera autorización previa. El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Servicios de asistencia para la transición Es posible que se requiera autorización previa. El beneficio está limitado a $2,500 de por vida. Es posible que se apliquen los requisitos de elegibilidad del estado. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Servicios de salud del comportamiento Es posible que se requiera autorización previa. Los servicios incluyen servicios de salud mental durante una hospitalización, servicios de salud mental ambulatorios, servicios de desintoxicación, servicios de psiquiatría, manejo de caso dirigido de salud mental y servicios de rehabilitación de salud mental. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0

Otros servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP	Sus costos con proveedores dentro de la red
Terapia de rehabilitación cognitiva Es posible que se requiera autorización previa. El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Ayudas de adaptación y suministros médicos Es posible que se requiera autorización previa. El beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado. El beneficio está limitado a $10,000 cada año por año de exención del plan. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Consulta de apoyo Pueden aplicarse requisitos de elegibilidad del estado o el beneficio requiere calificación e inscripción en un programa de exención operado por el estado. Es posible que se requiera autorización previa.	$0
Servicios de podología Una (1) visita de cuidado de los pies de rutina está cubierta cada 3 meses. Es posible que se requiera autorización previa.	$0

Otros servicios cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP	Sus costos con proveedores dentro de la red
Control de plagas Un tratamiento cada 3 meses para eliminar roedores, cucarachas y otras plagas peligrosas del hogar con el fin de proporcionar un entorno más sano en la comunidad a los miembros. Es posible que se requiera autorización previa.	$0
Prótesis/suministros médicos Incluye suministros médicos desechables. Es posible que se requiera autorización previa. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros.	$0
Servicios para tratamiento de opioides El plan pagará por los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el control y la administración de estos medicamentos • Asesoramiento relativo al abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de detección de drogas o químicos en su cuerpo (prueba toxicológica) Es posible que se requiera autorización previa y remisión.	$0

E. Servicios cubiertos fuera de Amerigroup STAR+PLUS MMP

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

Otros servicios cubiertos por Medicare o Texas Medicaid	**Sus costos**
Algunos servicios de atención para enfermos terminales	$0
Servicios de transporte médico que no sean de emergencia	$0
Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR)	$0

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

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

Servicios no cubiertos por Amerigroup STAR+PLUS MMP, Medicare ni Texas Medicaid	
Habitación privada	No se cubre una habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere necesaria por motivos médicos.
Enfermeros privados	Los servicios de enfermería privada proporcionados en un hospital no están cubiertos por nuestro plan.
Cirugía estética	Cirugía estética u otro tipo de trabajo estético, a menos que sea 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 conforme a las normas de cobertura de Medicare o para una afección aguda o una exacerbación aguda de una condición crónica conforme a las normas de cobertura de Texas Medicaid.
Procedimientos de mejora electivos o voluntarios	Incluidos los procedimientos de pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvejecimiento y rendimiento mental, a menos que se consideren necesarios por motivos médicos.
Servicios de naturopatía	Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
Servicios ofrecidos a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)	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.

G. Sus derechos como miembro del plan

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

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

  - Recibir atención médica de manera oportuna.
  - Entrar al consultorio de un proveedor de atención médica y salir de este. Esto significa que debe haber un acceso libre de obstáculos para las personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
  - Recibir ayuda de intérpretes para comunicarse con sus médicos y el plan de salud.

- **Tiene derecho a obtener atención de emergencia y de urgencia cuando la necesite.** Esto significa que usted tiene el derecho a:
  - Recibir servicios de emergencia sin aprobación previa en una emergencia.
  - Consultar a un proveedor de atención de urgencia o de emergencia fuera de la red cuando sea necesario.

- **Tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos en una forma que pueda entenderlos y pedir que sus registros sean modificados o corregidos.
  - Mantener la privacidad de su información médica personal.

- **Tiene derecho a presentar reclamos sobre sus servicios o su atención cubiertos.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Presentar un reclamo o una queja contra nosotros o nuestros proveedores.
  - Solicitar una audiencia estatal imparcial.
  - Conocer el motivo por el que se rechazaron los servicios en detalle.

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

H. Cómo presentar un reclamo o apelar un servicio denegado

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

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

O bien, contáctenos por correo:	**O contáctenos por fax:**
Amerigroup STAR+PLUS MMP Complaints, Appeals, and Grievances Mailstop: OH0102-B325 4361 Irwin Simpson Road Mason, OH 45040	1-888-458-1406

I. Qué debe hacer si sospecha de la existencia de fraude

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

Si usted piensa que un doctor, un hospital u otra farmacia está haciendo algo mal, por favor, póngase en contacto con nosotros.

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

Infórmenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico de una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que obtiene beneficios está actuando de manera inapropiada. Actuar de manera inapropiada puede incluir cometer fraude, malgasto o abuso, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien:

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

J. Para denunciar fraude, malgasto o abuso, haga lo siguiente:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite https://oig.hhsc.state.tx.us y vaya a “Click Here to Report Waste, Abuse, and Fraud” (Haga clic aquí para denunciar malgasto, abuso o fraude) para completar el formulario en línea; o
- Denúncielo directamente al plan de salud:

  Amerigroup STAR+PLUS MMP

  7430 Remcon Circle, Building C, Suite 120

  El Paso, TX 79912

  1-855-878-1784 (TTY: 711)

J1. Para denunciar fraude, malgasto o abuso, reúna toda la información posible.

- Para denunciar a un proveedor (un médico, dentista, consejero, etc.), incluya:
  - El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
  - El nombre y la dirección del centro (hospital, asilo de ancianos, agencia de servicios atención médica en el hogar, etc.)
  - El número de Texas Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
  - El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  - El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
  - Las fechas de los sucesos
  - Un resumen de lo ocurrido
- Al denunciar a alguien que obtiene beneficios, incluya:
  - El nombre de la persona
  - La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe

- La ciudad donde vive la persona
- Detalles específicos acerca del fraude, malgasto o abuso

- También puede denunciar el fraude poniéndose en contacto con el Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o mediante su sitio web, http://www.tdi.texas.gov/fraud.

TEXAS Health and Human Services | TEXAS Medicare Medicaid PLAN Su Plan de Salud ★ Su Opción | Amerigroup An Anthem Company

¿Tiene alguna pregunta?
Llámenos al número gratuito **1-855-878-1784** (TTY: **711**)
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
O bien, visite **www.myamerigroup.com/TXmmp**.

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con tanto Medicare como Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos.

H8786_20_107555_U_SP CMS Accepted 10/01/2019

500692TXDSPAGP