

Member Handbook Update: Effective 5/5/25

STAR, STAR+PLUS, STAR Kids, STAR Health Member Handbook Updates

The content below is new in your STAR, STAR+PLUS, STAR Kids, STAR Health member handbook:

What are In-Lieu of Services and Settings?

Partial Hospitalization Services and Intensive Outpatient Services

Superior HealthPlan understands there may be times when inpatient hospital admission is needed for members experiencing mental health or substance use disorder (SUD) issues. When these services are needed, they are ordered by your doctor. More information about inpatient hospital admissions, which include behavioral health admissions, is found in the *Accessing Specialty Care* section of your member handbook.

For some members, outpatient services may be an alternate option to an inpatient hospital admission. These outpatient services include either outpatient Partial Hospitalization Program (PHP) services or Intensive Outpatient (IOP) services. PHP and IOP services that are medically necessary are available to Superior adult members, aged 21 and older for outpatient care as “In Lieu Of Services” instead of an inpatient admission. PHP and IOP services are also available for Medicaid members under the age of 21 as Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT) services, known in Texas as Texas Health Steps services.

- **PHP services** provide a structured day program of outpatient behavioral health services. PHP may provide services for mental health, SUD, or both. These services are similar to short-term hospital inpatient programs. The treatment level is more intense than outpatient day treatment or psychosocial rehabilitation.
- **IOP services** are used to treat issues that do not require SUD detoxification or 24-hour supervision. IOP services are generally less intense than PHP services. IOP may be delivered for mental health, SUD, or both. IOP services are organized non-residential services providing structured group and individual therapy, educational services, and life skills training which consists of at least 10 hours per week for 4-12 weeks, but less than 24 hours per day.

How do I get In-Lieu of Services and Settings?

The member’s doctor must provide an order to get PHP or IOP services from one of Superior’s network providers if the doctor believes this is the best care for the member, instead of an inpatient admission. Superior requires prior authorization for both PHP and IOP services. If the member’s doctor believes that the best treatment is PHP or IOP instead of being admitted to an inpatient hospital, the doctor will discuss this option with the member, and confirm the member’s agreement with, or refusal of the proposed IOP or PHP treatment, instead of an inpatient admission. Members can refer to the *Rights and Responsibilities* section of their member handbook by visiting SuperiorHealthPlan.com/Handbook. This section will explain the member’s right to agree to or refuse treatment, and the right to actively participate in treatment decisions.

The member’s doctor will issue an order for the proposed IOP or PHP treatment and a prior authorization request will be sent to Superior to have the services authorized for approval by or before treatment. Superior will review the prior authorization request to confirm if the PHP or IOP service requested is medically necessary and appropriate for the member.

The member's doctor may also determine that PHP or IOP may be an appropriate 'step down' level of care for a member who is discharging from an inpatient psychiatric hospital, when appropriate. In addition, neither the doctor nor Superior will require that IOP or PHP services are received before an inpatient admission is ordered or approved, when a member's treatment is required in an inpatient hospital.

Members can access a listing of providers available in Superior's network to provide PHP and IOP services through SuperiorHealthPlan.com/FindAProvider by clicking *Search Medicaid or CHIP Providers* or *Search STAR Health Providers*. For assistance with locating an IOP or PHP provider in the member's area or to get a paper copy of a provider directory at no cost, call Superior Member Services at STAR: 1-800-783-5386, STAR+PLUS: 1-877-277-9772, STAR Kids: 1-844-590-4883, STAR Health: 1-866-912-6283.

When and how do I file for an appeal for Partial Hospitalization Services and Intensive Outpatient Services?

If a requested Partial Hospitalization or Intensive Outpatient service that requires authorization is denied or limited, Superior will send you a letter. You have the right to appeal Superior's decision if Medicaid covered services that require authorization are denied, reduced, suspended or ended. You may also appeal Superior's denial of a claim, in whole or in part. Superior's denial is called an "Adverse Benefit Determination." You can appeal the Adverse Benefit Determination if you think Superior:

- Is stopping coverage for care you think you/your child needs.
- Is denying coverage for care you think should be covered.
- Is providing a partial approval for a covered service.

You, a provider or someone else acting on your/your child's behalf can appeal an action.

You can ask for an internal health plan appeal within 60 Days from the date of Superior's Notice of Adverse Benefit Determination letter. A Superior Member Services Advocate can help you file an appeal or answer questions about the status of an appeal. Just call Member Services.

Additionally, the following content has been updated in your handbook:

What are my rights and responsibilities?

Member rights:

1. You have the right to respect, dignity, privacy, confidentiality, and nondiscrimination. That includes the right to:
 - a. Be treated fairly and with respect.
 - b. Know that your medical records and discussions with your providers will be kept private and confidential.
2. You have the right to a reasonable opportunity to choose a health care plan and Primary Care Provider. This is the doctor or health care Provider you will see most of the time and who will coordinate your care. You have the right to change to another plan or Provider in a reasonably easy manner. That includes the right to:
 - a. Be told how to choose and change your health plan and your Primary Care Provider.
 - b. Choose any health plan you want that is available in your area and choose your Primary Care Provider from that plan.
 - c. Change your Primary Care Provider.
 - d. Change your health plan without penalty.

- e. Be told how to change your health plan or your Primary Care Provider.
- 3. You have the right to ask questions and get answers about anything you do not understand. That includes the right to:
 - a. Have your provider explain your health care needs to you and talk to you about the different ways your health care problems can be treated.
 - b. Be told why care or services were denied and not given.
 - c. Be given information about your health, plan, services providers.
 - d. Be told about your rights and responsibilities.
- 4. You have the right to agree to or refuse treatment and actively participate in treatment decisions. That includes the right to:
 - a. Work as part of a team with your provider in deciding what health care is best for you.
 - b. Say yes or no to the care recommended by your Provider.
- 5. If your MCO offers In-Lieu-Of Services and Settings, you have the right to:
 - a. Be given information about the In-Lieu-Of Services and Settings you can get and how to request them.
 - b. Be told why any In-Lieu-Of Services and Settings were reduced or denied.
 - c. Choose to refuse to receive In-Lieu-Of Services and Settings instead of other Covered Services.
- 6. You have the right to use each Complaint and appeal process available through the Managed Care Organization and through Medicaid, and get a timely response to complaints, appeals, External Medical Reviews and State Fair Hearings. That includes the right to:
 - a. Make a Complaint to your health plan or to the state Medicaid program about your health care, your Provider, or your health plan.
 - b. Get a timely answer to your complaint.
 - c. Use the plan's appeal process and be told how to use it.
 - d. Ask for an External Medical Review and State Fair Hearing from the state Medicaid program and get information about how that process works.
 - e. Ask for a State Fair Hearing without an External Medical Review from the state Medicaid program and receive information about how that process works.
- 7. You have the right to timely access to care that does not have any communication or physical access barriers. That includes the right to:
 - a. Have telephone access to a medical professional 24 hours a day, 7 days a week to get any emergency or urgent care you need.
 - b. Get medical care in a timely manner.
 - c. Be able to get in and out of a health care Provider's office. This includes barrier free access for people with disabilities or other conditions that limit mobility, in accordance with the Americans with Disabilities Act.
 - d. Have interpreters, if needed, during appointments with your providers and when talking to your health plan. Interpreters include people who can speak in your native language, help someone with a disability, or help you understand the information.
 - e. Be given information you can understand about your health plan rules, including the Health Care Services you can get and how to get them.
- 8. You have the right to not be restrained or secluded when it is for someone else's convenience or is meant to force you to do something you do not want to do, or is to punish you.
- 9. You have a right to know that doctors, hospitals, and others who care for you can advise you about your health status, medical care, and treatment. Your health plan cannot prevent them from giving you this information, even if the care or treatment is not a Covered Service.

10. You have a right to know that you are not responsible for paying for Covered Services, Doctors, hospitals, and others cannot require you to pay copayments or any other amounts for Covered Services.
11. You have a right to make recommendations to your health plan's member rights and responsibilities.

How can I ask for a State Fair Hearing?

You must complete the internal health plan appeal process through Superior HealthPlan prior to requesting a State Fair Hearing. If you disagree with Superior's appeal decision, you have the right to ask for a State Fair Hearing from Texas Health and Human Services Commission (HHSC) with or without an External Medical Review through an Independent Review Organization (IRO). You can ask for an External Medical Review and a State Fair Hearing, but you cannot request only an External Medical Review. You may also request a State Fair Hearing with or without an External Medical Review if Superior does not make a decision on your appeal within the required time frame. You may represent yourself at the State Fair Hearing, or name someone else to be your representative. This could be a provider, relative, friend, lawyer, or any other person. You may name someone to represent you by writing a letter to Superior telling us the name of the person that you want to represent you.

You or your representative must ask for a State Fair Hearing within 120 Days of the date of the notice telling you that we are denying your appeal.

You have the right to keep getting any service, including an In-Lieu-Of Service and Settings, the health plan denied or reduced, based on previously authorized services, at least until the final State Fair Hearing decision is made if you ask for a State Fair Hearing by the later of:

(1) 10 calendar days following the date the health plan mailed the internal appeal decision letter, or (2) the day the health plan's internal appeal decision letter says your service will be reduced or end. If you do not request a State Fair Hearing by this date, the service the health plan denied will be stopped. If Superior continues or reinstates benefits at your request and the request for continued services is not approved by the State Fair Hearing officer, Superior will not pursue recovery of payment for those services without written permission from HHSC.

To ask for a State Fair Hearing, your or your representative should call or write Superior:

Superior HealthPlan

ATTN: State Fair Hearings Coordinator 5900 E. Ben White Blvd.

Austin, TX 78741

1-877-398-9461

You can ask for a State Fair Hearing without an External Medical Review. See External Medical Review process above.

As a member of Superior HealthPlan, you can ask for and get the following information each year:

- Information about Superior and our network providers – at a minimum primary care doctors, specialists and hospitals in our service area. This information will include names, addresses, telephone numbers, languages spoken (other than English), identification of providers that are not accepting new patients and qualifications for each network provider such as:
 - Professional qualifications
 - Specialty

- Medical school attended
 - Residency completion
 - Board certification status
 - Demographics
- Any limits on your freedom of choice among network providers.
- Your rights and responsibilities.
- Information on complaint, internal health plan appeal, External Medical Review and State Fair Hearing procedures.
- Information about Superior's Quality Improvement Program. To request a hard copy, call Member Services or visit our website at SuperiorHealthPlan.com/QualityImprovement.
- Information about benefits available under the Medicaid program including the amount, duration, and scope of benefits. This is designed to make sure you understand the benefits to which you are entitled.
- Information about In-Lieu-Of Services and Settings, if offered by your MCO, including amount, duration and scope of benefits and the policy on referrals.
- How members can get benefits, including authorization requirements, family planning services, from out-of network providers and/or limits to those benefits.
- How you get after hours and emergency coverage and/or limits to those kinds of benefits, including:
 - What makes up emergency medical conditions, emergency services and post-stabilization services.
 - The fact that you do not need prior authorization from your PCP for emergency care services.
 - How to get emergency services, including instructions on how to use the 911 telephone system or its local equivalent.
 - The addresses of any places where providers and hospitals furnish emergency services covered by Medicaid.
 - A statement saying you have the right to use any hospital or other settings for emergency care.
 - Post-stabilization rules.
- Policy on referrals for specialty care and for other benefits you cannot get through your PCP.
- Superior's practice guidelines.

Can I ask for an External Medical Review?

If you, as a member of Superior, disagree with our internal appeal decision, you have the right to ask for an External Medical Review. An External Medical Review is an optional, extra step you can take to get the case reviewed before the State Fair Hearing occurs. You may name someone to represent you by contacting Superior and telling us the name of the person you want to represent you. A provider may be your representative. You or your representative must ask for the External Medical Review within 120 days of the date Superior mails the letter with the internal appeal decision. If you do not ask for the External Medical Review within 120 days, you may lose your right to an External Medical Review. To ask for an External Medical Review, you or your representative may either:

- Fill out the 'State Fair Hearing and External Medical Review Request Form' provided as an attachment to the Member Notice of Superior's Internal Appeal Decision letter and mail or fax it to Superior by using the address or fax number at the top of the form; or
- Call Superior at 1-877-398-9461.

If you ask for an External Medical Review within 10 days from the time you get the appeal decision from Superior, you have the right to keep getting any service, including an In-Lieu-Of Service and Setting, Superior

denied, based on previously authorized services, at least until the final State Fair Hearing decision is made. If you do not request an External Medical Review within 10 days from the time you get the appeal decision from Superior, the service Superior denied will be stopped.

An Independent Review Organization is a third-party organization contracted by HHS that conducts an External Medical Review related to Adverse Benefit Determinations based on functional necessity or medical necessity. You may withdraw your request for an External Medical Review before it is assigned to an Independent Review Organization or while the Independent Review Organization is reviewing your External Medical Review request. An External Medical Review cannot be withdrawn if an Independent Review Organization has already completed the review and made a decision.

Once the External Medical Review decision is received, you have the right to withdraw the State Fair Hearing request. You may withdraw the State Fair Hearing request orally or in writing by contacting the hearings officer listed on Form 4803, Notice of Hearing.

If you continue with a State Fair Hearing and the State Fair Hearing decision is different from the Independent Review Organization decision, it is the State Fair Hearing decision that is final. The State Fair Hearing decision can only uphold or increase your benefits from the Independent Review Organization decision.

Actualización del Manual para miembros: En vigencia desde el 5/5/25

Actualizaciones del Manual para miembros de STAR, STAR+PLUS, STAR Kids, STAR Health

A continuación, se presenta contenido nuevo del Manual para miembros de STAR, STAR+PLUS, STAR Kids, STAR Health:

¿Qué son los servicios y entornos alternativos?

Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos

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

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

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

¿Cómo puedo obtener servicios y entornos alternativos?

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

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

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

Los miembros pueden acceder a un listado de proveedores de la red de Superior que están disponibles para brindar servicios del PHP y los IOP a través de SuperiorHealthPlan.com/EncuentreUnProveedor haciendo clic en *Buscar proveedores de Medicaid o CHIP* o *Buscar proveedores de STAR Health*. Si necesita ayuda para localizar un proveedor de los IOP o del PHP en el área del miembro o para obtener una copia impresa del directorio de proveedores sin costo alguno, llame a Servicios para miembros de Superior al STAR: 1-800-783-5386, STAR+PLUS: 1-877-277-9772, STAR Kids: 1-844-590-4883, STAR Health: 1-866-912-6283.

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

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

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

Usted, un proveedor o alguna otra persona que actúe en su nombre o en nombre de su hijo/a puede apelar una acción.

Puede presentar una apelación interna del plan médico dentro del plazo de 60 días a partir de la fecha de recepción de la carta de denegación de Superior denominada Aviso de decisión adversa de beneficios. Un defensor de Servicios para miembros de Superior puede ayudarle a presentar una apelación o responder a sus preguntas sobre el estado de una apelación. Simplemente, llame a Servicios para miembros.

Además, se ha actualizado el siguiente contenido en su manual:

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos de los miembros:

1. Tiene derecho a ser respetado, tratado con dignidad, a la privacidad, confidencialidad y a no ser discriminado. Esto incluye el derecho a:
 - a. Ser tratado/a de manera justa y respetuosa.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y confidencialidad de su historia clínica y las conversaciones con los proveedores.
2. Tiene derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de atención médica y un proveedor de atención primaria. Este es el médico o proveedor de atención médica que visitará con mayor

frecuencia y quien se encargará de coordinar su atención. Tiene derecho a cambiar a otro plan o proveedor de manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho a:

- a. Recibir información sobre cómo seleccionar y cambiar de plan médico y su proveedor de atención primaria.
 - b. Escoger cualquier plan médico que desee y que se encuentre disponible en el área donde reside, y a escoger un proveedor de atención primaria de ese plan.
 - c. Cambiar su proveedor de atención primaria.
 - d. Cambiar de plan médico sin ser penalizado.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan médico o su proveedor de atención primaria.
3. Tiene derecho a hacer preguntas y recibir respuestas sobre todo aquello que no comprenda. Esto incluye el derecho a:
- a. Recibir explicaciones de su proveedor acerca de sus necesidades de atención médica y a que le informe las diferentes formas en que se pueden tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones acerca de por qué se denegó o no se prestó un servicio o atención.
 - c. Recibir información sobre su salud, el plan y los proveedores de servicios.
 - d. Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento y a participar activamente en las decisiones sobre sus tratamientos. Esto incluye el derecho a:
- a. Trabajar en equipo con su proveedor y decidir qué tipo de atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Si su organización de atención médica administrada (MCO) ofrece servicios y entornos alternativos, usted tiene derecho a:
- a. Recibir información sobre los servicios y entornos alternativos que puede obtener y cómo solicitarlos.
 - b. Ser informado de los motivos por los que se han reducido o denegado los servicios y entornos alternativos.
 - c. Optar por rechazar los servicios y entornos alternativos en lugar de otros servicios cubiertos.
6. Tiene derecho a hacer uso de todos los procesos de apelación y quejas disponibles a través de la organización de atención médica administrada y de Medicaid, y a recibir una respuesta oportuna a las quejas, las apelaciones, las revisiones médicas externas y las audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho a:
- a. Presentar una queja ante su plan médico o el programa estatal de Medicaid en relación con la atención médica, el proveedor o el plan médico.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el proceso de apelación del plan y a que le informen cómo hacer uso de este proceso.
 - d. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.
 - e. Solicitar una audiencia imparcial estatal sin revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y a recibir información sobre cómo funciona dicho proceso.
7. Tiene derecho a acceder de manera oportuna a servicios de atención médica sin obstáculos físicos o comunicacionales. Esto incluye el derecho a:
- a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier tipo de atención de urgencia o emergencia que necesite.
 - b. Recibir atención médica cuando sea oportuno.

- c. Poder salir o entrar del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto incluye el acceso sin barreras en caso de personas con discapacidades u otros padecimientos que dificulten su movilidad, de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
 - d. Contar con los servicios de un intérprete, si fuera necesario, durante las citas médicas con los proveedores o cuando se comuniquen con los empleados del plan médico. Los intérpretes son aquellas personas que hablan su lengua materna, ayudan al paciente que tiene alguna discapacidad o ayudan a comprender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las normas de su plan médico, incluidos los servicios de atención médica que ofrece y cómo recibirlos.
- 8. Tiene derecho a no ser sometido a restricción o reclusión por intereses de terceros, o para forzarlo a cometer un acto contra su voluntad o para castigarlo.
 - 9. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otras personas que lo atienden pueden asesorarlo sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan médico no puede impedirles que le brinden esta información, aún si la atención o el tratamiento no están cubiertos por el plan.
 - 10. Tiene derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros no pueden exigirle que pague copagos ni ningún otro importe por los servicios cubiertos.
 - 11. Tiene derecho a hacer recomendaciones a su plan médico sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.

¿Cómo puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?

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

Usted o su representante deben pedir una audiencia imparcial estatal dentro del plazo de 120 días a partir de la fecha del aviso donde se le informa que denegamos su apelación.

Tiene derecho a seguir recibiendo todos los servicios, incluidos los servicios y entornos alternativos, que el plan médico le haya denegado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia imparcial estatal, si la solicita antes de la fecha que ocurra más tarde de las siguientes:

(1) dentro de los 10 días corridos posteriores a la fecha en la que el plan médico le envió por correo el aviso sobre su decisión de la apelación interna o (2) el día que su servicio se reducirá o finalizará, según lo notificado en el aviso sobre la decisión de la apelación interna del plan médico. Si no solicita una audiencia imparcial estatal antes de esa fecha, se interrumpirá el servicio que el plan médico le denegó. Si, mediante su solicitud, Superior continúa o restablece los beneficios, y el funcionario responsable de la audiencia imparcial estatal no aprueba la solicitud de continuidad de los servicios, Superior no buscará recuperar el pago de esos servicios sin un permiso por escrito de la HHSC.

Para pedir una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben llamar o escribir a Superior:
Superior HealthPlan
ATTN: State Fair Hearings Coordinator 5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741
1-877-398-9461

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa. Consulte más arriba el proceso de revisión médica externa.

Como miembro de Superior HealthPlan, cada año puede solicitar y obtener la siguiente información:

- Información sobre Superior y los proveedores de nuestra red, como mínimo, médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluye nombres, direcciones, números de teléfono, idiomas hablados (aparte del inglés), identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes y calificaciones de cada proveedor de la red, como:
 - Cualificaciones profesionales
 - Especialidad
 - Facultad de Medicina a la que asistió
 - Finalización de la residencia
 - Estado de certificación ante el Consejo
 - Datos demográficos
- Cualquier limitación a su libertad de elección entre proveedores de red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelación interna del plan médico, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal.
- Información sobre el Programa de Mejora de la Calidad de Superior. Para solicitar una copia impresa, llame a los Servicios para miembros o visite nuestro sitio web en SuperiorHealthPlan.com/MejoradelaCalidad.
- Información sobre los beneficios disponibles en virtud del programa Medicaid, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Esto está diseñado para asegurarse de que usted entiende los beneficios a los que tiene derecho.
- Información sobre servicios y entornos alternativos, si los ofrece su MCO, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios y la política sobre referidos.
- Cómo pueden obtener beneficios los miembros, incluidos los requisitos de autorización, los servicios de planificación familiar, de proveedores fuera de la red o los límites de esos beneficios.
- Cómo obtener cobertura fuera del horario de atención y en casos de emergencia o los límites de ese tipo de beneficios, incluidos:
 - Qué se considera una condición médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios posteriores a la estabilización.
 - El hecho de que no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir servicios de atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluidas las instrucciones sobre cómo usar el sistema telefónico 911 o su equivalente local.
 - Las direcciones de cualquier lugar donde los proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración que indique que usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.

- Normas posteriores a la estabilización.
- Política sobre referidos para atención especializada y otros beneficios que no puede obtener por medio de su PCP.
- Directrices de práctica de Superior.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa?

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

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

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

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

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

Si avanza con la audiencia imparcial estatal y la decisión de dicha audiencia no coincide con la de la Organización de Revisión Independiente, prevalecerá la decisión de la audiencia imparcial estatal. La decisión adoptada en dicha audiencia imparcial solo puede ratificar o incrementar los beneficios que la Organización de Revisión Independiente le haya concedido por medio de su decisión.