

# Aviso anual de cambios para 2024

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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp)





**Wellpoint STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid) ofrecido por  
Wellpoint Texas, Inc.**

***Aviso anual de cambios para 2024***

**Introducción**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP. El año próximo, habrá cambios en los beneficios, la cobertura, las normas y los costos del plan. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde puede encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte el *Manual del miembro* en nuestro sitio web en [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

**Índice**

A. Limitaciones de responsabilidad .....	3
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Texas Medicaid para el próximo año .....	3
B1. Recursos adicionales .....	4
B2. Información sobre Wellpoint STAR+PLUS MMP .....	4
B3. Cosas importantes que debe hacer: .....	5
C. Cambios en el nombre del plan .....	6
D. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red .....	7
E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....	7
E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos .....	7
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados .....	7
E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” .....	9
E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica” .....	11
F. Cambios administrativos .....	12



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

G. Cómo elegir un plan.....	12
G1. Cómo permanecer en nuestro plan.....	12
G2. Cómo cambiar de plan.....	12
H. Cómo obtener ayuda .....	15
H1. Cómo obtener ayuda de Wellpoint STAR+PLUS MMP .....	15
H2. Cómo obtener ayuda de la línea de ayuda de STAR+PLUS .....	16
H3. Cómo obtener ayuda de la Oficina del Defensor de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC).....	16
H4. Cómo obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).....	16
H5. Cómo obtener ayuda de Medicare .....	17
H6. Cómo obtener ayuda de Texas Medicaid .....	17
H7. Cómo obtener ayuda de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) .....	17



## A. Limitaciones de responsabilidad

- ❖ Wellpoint STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid) es un plan médico que tiene contrato con Medicare y con Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ 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 de Wellpoint STAR+PLUS MMP.
- ❖ El uso de medicamentos opioides para tratar el dolor durante más de siete días conlleva riesgos graves, como adicción, sobredosis o incluso la muerte. Si el dolor continúa, hable con su médico sobre tratamientos alternativos de menor riesgo. Estas son algunas opciones sobre las que puede consultar a su médico para saber si son adecuadas para usted: medicamentos no opioides, acupuntura o fisioterapia. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) y averigüe de qué manera su plan cubre estas opciones.

---

## B. Revisión de su cobertura de Medicare y Texas Medicaid para el próximo año

Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que continuará satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no es así, puede retirarse del plan. Consulte la sección G2 para obtener más información.

Si decide retirarse de nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Texas Medicaid, siempre y cuando sea elegible.

- Podrá elegir cómo recibir los beneficios de Medicare (consulte la página 12).
- Si no desea inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid después de retirarse de Wellpoint STAR+PLUS MMP, volverá a recibir los servicios de Medicare y de Texas Medicaid por separado.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

## B1. Recursos adicionales

- 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 no tiene costo.
- Puede obtener este *Aviso anual de cambios* gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento gratis en otros idiomas y formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.
  - Cuando llame, indique si se trata de un pedido regular. Eso quiere decir que enviaremos los mismos documentos en el formato e idiomas solicitados todos los años.
  - También puede llamarnos para cambiar o cancelar el pedido regular. Además, puede encontrar los documentos en línea en [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

## B2. Información sobre Wellpoint STAR+PLUS MMP

- Wellpoint STAR+PLUS MMP es un plan médico que tiene contrato con Medicare y con Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- La cobertura de Wellpoint STAR+PLUS MMP es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- Wellpoint STAR+PLUS MMP es ofrecido por Wellpoint Texas, Inc. En este *Aviso anual de cambios*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Wellpoint Texas, Inc. (Wellpoint). Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa Wellpoint STAR+PLUS MMP.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

### **B3. Cosas importantes que debe hacer:**

- **Verifique si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que puedan afectarlo.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
  - Es importante revisar los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que satisfagan sus necesidades el próximo año.
  - Consulte las secciones E y E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos para obtener información acerca de los cambios en los beneficios de nuestro plan.
  
- **Verifique si hay algún cambio en la cobertura de medicamentos recetados que pueda afectarlo.**
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Se encuentran en otro nivel de costo compartido? ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias?
  - Es importante verificar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos satisfará sus necesidades el próximo año.
  - Consulte la sección E2 para obtener información acerca de cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
    - Hable con su médico acerca de las alternativas de costo más bajo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle dinero en gastos de bolsillo anuales durante todo el año.
    - Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). (Haga clic en el enlace “paneles” (dashboards) en la mitad de la Nota hacia la parte inferior de la página. Estos paneles indican qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información interanual sobre los precios de los medicamentos).
    - Tenga en cuenta que los beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.



- **Verifique si sus proveedores y farmacias formarán parte de nuestra red el próximo año.**
  - ¿Se encuentran sus médicos, incluso los especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
  - Consulte la sección D para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en los costos totales del plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza regularmente?
  - ¿Cómo son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

**Si decide permanecer con Wellpoint STAR+PLUS MMP:**

Si desea permanecer con nosotros el próximo año, es simple: no debe hacer nada. Si no realiza ningún cambio, automáticamente, seguirá inscrito en nuestro plan.

**Si decide cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan (consulte la sección G2 para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, la nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la sección G2, página 12, para obtener más información sobre sus opciones.

---

### C. Cambios en el nombre del plan

El 1.º de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de Amerigroup Star+Plus MMP a Wellpoint STAR+PLUS MMP.

Apreciamos que sea nuestro miembro. El nuevo nombre no afectará su cobertura de Medicaid o Medicare con nosotros. Sin embargo, le recomendamos que siga prestando atención a cualquier acción relacionada con la renovación que quizás deba realizar con el estado para mantener su cobertura de Medicaid. Con el fin de la Emergencia de Salud Pública, las personas inscritas en Medicaid deberán renovar sus beneficios con el estado. Asegúrese de que el estado cuente con su dirección actualizada para recibir todas sus notificaciones. Si desea actualizar su



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).



dirección en nuestros registros, podemos asegurarnos de que reciba recordatorios sobre la renovación de Medicaid de parte nuestra también (y recuerde también actualizar los datos con el estado). Comenzaremos a enviar por correo tarjetas de identificación con la nueva marca a tiempo para que usted las utilice a partir de enero de 2024. Puede continuar usando su tarjeta actual para acceder a todos los servicios existentes.

---

## D. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2024.

**Por favor revise el *Directorio de proveedores y farmacias 2024*** y consulte si sus proveedores o su farmacia aún forman parte de nuestra red. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp). También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** para obtener información actualizada del proveedor o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo.

Es importante que sepa que también podemos implementar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor se retira del plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.

---

## E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

No se implementará ningún cambio en sus beneficios para servicios médicos. Nuestros beneficios en 2024 serán exactamente los mismos que en 2023.

### E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

#### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

En nuestro sitio web, [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp), encontrará una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** y obtener información actualizada del medicamento o solicitarnos que le enviemos una *Lista de medicamentos cubiertos* por correo postal.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina “Lista de medicamentos”.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o en el nivel de costos compartidos que estaban.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

Revise la Lista de medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año** y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento se cambió a un nivel de costos compartidos diferente.

Si un cambio en la cobertura de medicamentos lo afecta, le recomendamos que:

- Hable con su médico (u otro profesional que receta) para encontrar otro medicamento que cubramos.
  - Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** o comunicarse con su Coordinador de servicios para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que satisfaga sus necesidades.
- Consulte con su médico (u otro profesional que receta) y solicite al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento.
  - Puede solicitar una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud (o una declaración justificadora del profesional que receta).
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 del *Manual del miembro de 2024* o llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784 (TTY: 711)**.
  - Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios para Miembros o su Coordinador de servicios. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con su Coordinador de servicios, consulte los Capítulos 2 y 3 del *Manual del miembro*.
- Pídale al plan que cubra un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal será por hasta 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5 del *Manual del miembro*).
  - Si recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

Las excepciones al formulario se otorgan por un año (365 días) a partir de la fecha de aprobación.

### Cambios en los costos de medicamentos recetados

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D conforme a Wellpoint STAR+PLUS MMP. El monto que usted paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento de surtir o reponer un medicamento recetado. Estas son las dos etapas:

<b>Etapa 1</b> <b>Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Etapa 2</b> <b>Etapa de cobertura catastrófica</b>
<p>Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga la parte que le corresponde. La parte que le corresponde se llama copago.</p> <p>Esta etapa comienza cuando surte la primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2024.</p> <p>Comienza esta etapa cuando ha pagado un cierto monto de gastos de bolsillo.</p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo por medicamentos recetados alcanza los \$8,000. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Para obtener más información sobre cuánto pagará por medicamentos recetados, consulte el Capítulo 6 del *Manual del miembro*.

- **Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

### E3. Etapa 1: “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 la parte que le corresponde. La parte que le corresponde se llama copago. El copago depende del nivel de costos compartidos del medicamento y de dónde lo obtiene. 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.

**Hemos cambiado algunos medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel mayor o menor.** Si sus medicamentos se cambian a otro nivel, su copago podría verse afectado. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.



**Si tiene preguntas,** llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

La tabla a continuación detalla los costos de sus medicamentos en cada uno de los 4 niveles de medicamentos. Estos montos se aplican **únicamente** durante el tiempo en que usted se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Medicamentos en Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 1 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0.00 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0.00 por receta.</b></p>
<p><b>Medicamentos en Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 2 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0 a \$10.35 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0 a \$11.20 por receta.</b></p>
<p><b>Medicamentos en Nivel 3</b> (Medicamentos genéricos y de marca recetados aprobados por Texas Medicaid estatal)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 3 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0.00 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0.00 por receta.</b></p>



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Medicamentos de Nivel 4</b> (Medicamentos de venta libre [OTC] aprobados por Texas Medicaid estatal que requieren una receta de su proveedor)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 4 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0.00 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0.00 por receta.</b></p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de gastos de bolsillo alcanza los **\$8,000**. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Para obtener más información sobre cuánto pagará por medicamentos recetados, consulte el Capítulo 6 del *Manual del miembro*.

**E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”**

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de **\$8,000** para medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

**F. Cambios administrativos**

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monitores continuos de glucosa</b>	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa. Los monitores continuos de glucosa están disponibles como un beneficio cubierto para los diabéticos que necesitan usar insulina y tienen dificultades para controlar los niveles de azúcar en sangre.

**G. Cómo elegir un plan**

**G1. Cómo permanecer en nuestro plan**

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año.

No tiene que hacer nada para seguir inscrito en su plan médico. Si no se inscribe en otro Plan Medicare-Medicaid o no cambia a un Plan Medicare Advantage o a Medicare Original, continuará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan en 2024.

**G2. Cómo cambiar de plan**

Puede finalizar su membresía en cualquier momento del año al inscribirse en otro Plan Medicare Advantage o en otro Plan Medicare-Medicaid, o al cambiarse a Medicare Original.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

Estas son las cuatro maneras más comunes de dejar de ser miembro de nuestro plan:

<p><b>1. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Otro Plan Medicare-Medicaid</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989. Dígales que usted desea retirarse de Wellpoint STAR+PLUS MMP e inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid. Si no sabe bien en qué plan inscribirse, pueden informarle sobre otros planes en su área; O</p> <p>Envíe un Formulario de cambio de inscripción a Maximus. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 si necesita que le envíen uno por correo.</p> <p>Su cobertura con Wellpoint STAR+PLUS MMP terminará el último día del mes en que recibimos su solicitud.</p>
---	---



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

<p><b>2. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Un plan médico de Medicare, como un Plan Medicare Advantage o un Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE)</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 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"><li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de Texas.</li></ul> <p>Su inscripción en Wellpoint STAR+PLUS MMP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p><b>3. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 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"><li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de Texas.</li></ul> <p>Su inscripción en Wellpoint STAR+PLUS MMP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).



<p><b>4. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Medicare Original 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 hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos recetados si recibe cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene dudas acerca de si necesita una cobertura de medicamentos, llame al Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de Texas al 1-800-252-3439.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 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"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de Texas.</li> </ul> <p>Su inscripción en Wellpoint STAR+PLUS MMP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
---	---

## H. Cómo obtener ayuda

### H1. Cómo obtener ayuda de Wellpoint STAR+PLUS MMP

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Recibimos llamadas de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Su Manual del miembro de 2024**

El *Manual del miembro de 2024* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Incluye detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos recetados.

El *Manual del miembro de 2024* estará disponible el 15 de octubre. Siempre hay una copia actualizada del *Manual del miembro de 2024* disponible en nuestro sitio web [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp). También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) para solicitarnos que le enviemos por correo un *Manual del miembro de 2024*.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

## Nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp). Queremos recordarle que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

## H2. Cómo obtener ayuda de la línea de ayuda de STAR+PLUS

La línea de ayuda de STAR+PLUS puede ayudarle si desea retirarse de Wellpoint STAR+PLUS MMP e inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid. Si no sabe bien en qué plan inscribirse, pueden informarle sobre otros planes en su área. Puede llamar a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989.

## H3. Cómo obtener ayuda de la Oficina del Defensor de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)

La Oficina del Defensor de la HHSC ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid a resolver problemas de servicio o facturación. Los servicios del defensor son gratuitos.

- La Oficina del Defensor de la HHSC es un programa independiente que defiende sus derechos. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarle a entender qué debe hacer.
- La Oficina del Defensor de la HHSC puede ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan. Puede ayudarle si tiene algún problema con Wellpoint STAR+PLUS MMP.
- La Oficina del Defensor de la HHSC se asegura de que usted cuente con información sobre sus derechos y protecciones y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- La Oficina del Defensor de la HHSC no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. El número de teléfono de la Oficina del Defensor de la HHSC es 1-866-566-8989.

## H4. Cómo obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

También puede llamar al SHIP. Los consejeros del SHIP pueden ayudarle a entender las opciones de su Plan Medicare-Medicaid y responder sus preguntas sobre el cambio de planes. En Texas, el SHIP se llama Programa de Consejería y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de Texas. El HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguro o plan médico, y sus servicios son gratuitos.

El número de teléfono del HICAP es 1-800-252-3439.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

## H5. Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener ayuda directamente de Medicare:

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.

### Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Si elige cancelar su inscripción en el plan Medicare-Medicaid e inscribirse en un plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare contiene información sobre costos, cobertura y calidad para ayudarle a comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área con el Localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Buscar planes” [Find Plans]).

### Medicare y Usted 2024

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada año, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas frecuentes acerca de Medicare.

Si no tiene una copia del folleto, puede encontrarlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamar y solicitarlo al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## H6. Cómo obtener ayuda de Texas Medicaid

El número de teléfono de Texas Medicaid es 1-800-252-8263. Esta llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-753-8583 o al 711.

## H7. Cómo obtener ayuda de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado médico que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. En Texas, la QIO es una organización que se llama KEPRO. KEPRO no tiene relación con nuestro plan. Puede llamar a KEPRO al 1-888-315-0636 (TTY: 711).



**Si tiene preguntas**, llame a Wellpoint 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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).



# Ahora podrá encontrar su Manual del miembro, el Formulario y el Directorio de proveedores/farmacias en línea

**A partir del 15 de octubre de 2023, podrá ver o descargar una copia completa**

Cuando necesita programar una cita con un médico o surtir una receta, no siempre tiene tiempo para leer todas las páginas de los documentos. Por eso, contamos con herramientas en línea que le permiten buscar esta información con facilidad. Para comenzar, inicie sesión o regístrese en [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).



## ¿Necesita encontrar un médico o una farmacia?

Use nuestra herramienta de búsqueda Encontrar un doctor (Find a doctor) para encontrar una farmacia, un médico o un centro médico de su plan. Ingrese en [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp).

Puede buscar según estos criterios:

- Nombre
- Distancia de su hogar
- El tipo exacto de médico, especialista o centro que necesita

Incluso le mostraremos dónde se encuentran en el mapa.



## ¿Desea saber qué medicamentos están cubiertos?

Nuestro Formulario (Lista de medicamentos cubiertos) en línea es la forma más rápida de asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos. Ingrese en [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp) y busque por nombre o tipo de medicamento.



## ¿Está buscando más información sobre su plan?

En su Manual del miembro, encontrará 200 páginas o más de información completa y detallada acerca de lo que cubre el plan, cuánto debe pagar usted, y los límites y las excepciones de su cobertura. En [www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp), usted puede realizar búsquedas en su manual con palabras clave o descargar una copia completa.



## Contáctenos para obtener ayuda o solicitar documentos impresos del plan

A veces, lo más fácil es tomar el teléfono y hablar con nosotros.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red o información sobre medicamentos cubiertos, o si desea recibir una copia impresa del Manual del miembro, el Formulario o el Directorio de proveedores/farmacias, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Esta llamada es gratuita.

### Opciones en Internet

También puede visitar nuestro sitio web en **[www.myamerigroup.com/TXmmp](http://www.myamerigroup.com/TXmmp)** para acceder a nuestro Directorio de proveedores/farmacias, Manual del miembro y Formulario en los que puede buscar información en línea. Además, como miembro de **Amerigroup STAR+PLUS MMP**, puede solicitar una copia del Manual del miembro en el sitio web. Para solicitar un Directorio de proveedores/farmacias o Formulario, envíe la siguiente información por correo electrónico a **[DirectoryRequest\\_MMP@anthem.com](mailto:DirectoryRequest_MMP@anthem.com)**:

- El nombre del material que desea recibir (Directorio de proveedores/farmacias o Formulario)
- Nombre del miembro
- Identificación del miembro
- Dirección postal del miembro
- Número de teléfono del miembro

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

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN RELACIONADA CON SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**



## **Amerigroup STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid)**

### **Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA**

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso se revisó por última vez en mayo de 2023.

**Lea este aviso detenidamente. Aquí se le indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI), cuándo tenemos que pedirle autorización para compartirla y cuándo podemos compartirla sin su consentimiento. También se explica cuáles son sus derechos de ver y cambiar dicha información.**

La información sobre su salud y sus beneficios de salud 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 sobre usted de agencias estatales para Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños una vez que usted es elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para poder aprobar y pagar su cuidado médico.

La ley federal dice que debemos informarle qué debemos hacer para proteger la PHI que se nos proporciona por teléfono o por escrito o que se almacena en una computadora. También tenemos que decirle cómo la protegemos. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

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

### **¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?**

Si usted nos autoriza, podemos compartir su PHI con su familia o con una persona que elija para que le ayude con su cuidado médico o lo pague. A veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico (tratamiento)**
  - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros proveedores le proporcionen el cuidado que necesita
- **Por razones de pago**
  - Para compartir la información con los médicos, las clínicas y otros proveedores que nos facturen por su cuidado
  - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba
  - Para darle apoyo y ayudarlo a obtener los beneficios disponibles
- **Por razones comerciales de cuidado de salud (operaciones)**
  - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas

Podemos obtener su PHI de distintas fuentes y entregar su PHI en intercambios de información de salud para pagos, tratamientos y operaciones médicas. Si no desea que hagamos esto, visite [www.amerigroup.com/privacy-policy](http://www.amerigroup.com/privacy-policy) para obtener más información.

–

- **Por razones de salud pública**
  - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se lastimen
- **Con personas que ayuden con su cuidado o lo paguen**
  - Si usted nos autoriza, con su familia o con una persona que elija para que le ayude con su cuidado médico o lo pague
  - Con una persona que ayude con su cuidado médico o lo pague, en el caso de que usted no pueda expresarse por sí mismo y esta sea la mejor opción

Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su cuidado médico, pagos, actividades diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que obtener su consentimiento por escrito antes de compartir informes de psicoterapia de su médico sobre usted. También necesitaríamos su consentimiento por escrito si fuéramos a vender su PHI o a usarla o compartirla para fines de comercialización.

Usted puede informarnos por escrito que quiere revocar su consentimiento por escrito. No podemos recuperar la información ya usada o compartida 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 garantizan el cumplimiento de la ley
- Para reportar abuso y descuido
- Para responder documentos legales, como órdenes judiciales
- Para dar información a los organismos de supervisión de salud 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 trabajan para el gobierno con determinadas tareas, como ayudar a veteranos con los beneficios
- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

### ¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. En caso de que necesitemos más tiempo, debemos informárselo. 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. Tendremos 60 días para enviársela. En caso de que necesitemos más tiempo, debemos informárselo.
- A veces, puede pedirnos que no divulguemos su PHI. Pero no estamos obligados a aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a otra dirección que no sea la que tenemos registrada o de alguna otra forma. Podemos hacer esto si enviarla a la dirección que tenemos podría ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos de todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona en los últimos seis años. Esto no incluirá las veces que la hayamos compartido por motivos de cuidado médico, pagos, actividades diarias de cuidado médico o algunas otras razones que no mencionamos aquí. Tendremos 60 días para enviársela. En caso de que necesitemos más tiempo, debemos informárselo.
- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya pedido este por correo electrónico.
- Si usted paga la factura completa de un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información acerca de ese servicio con nosotros.

### ¿Cuáles son nuestras obligaciones?

- 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 este aviso.
- Debemos enviarle su PHI a otra dirección o por otro medio que no sea el 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.

### Cómo podemos comunicarnos con usted

Nosotros, así como nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial. Lo

hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. También puede llamar al 1-844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

### **¿Qué debe hacer si tiene preguntas?**

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

### **Para ver más información**

Para leer más sobre cómo recopilamos y usamos su información, sus derechos de privacidad y detalles sobre otras leyes de privacidad estatales y federales, visite nuestra página web de Privacidad en <https://www.anthem.com/privacy/>.

Estamos aquí para ayudarle. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nada malo le sucederá si presenta una queja.

### **Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:**

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

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la forma en que mantenemos segura su PHI. Si lo hacemos, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También los publicaremos en el sitio web [www.amerigroup.com/privacy-policy](http://www.amerigroup.com/privacy-policy).

### **Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género**

Podemos inferir, recibir y/o mantener información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género. Protegemos esta información como se describe en este aviso.

Usamos esta información para:

- Garantizar que usted reciba el cuidado que necesita
- Crear programas para mejorar los resultados de salud
- Desarrollar y enviar información de educación sobre salud
- Informar a los médicos sobre sus necesidades en cuanto al idioma
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción

**No** usamos esta información para:

- Emitir seguros médicos
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar los beneficios
- Compartirla con usuarios no autorizados

### **Su información personal**

Como explicamos en este aviso, podemos pedir, utilizar y divulgar información personal (PI). Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Por lo general, se pide por razones relacionadas con el seguro. La PI puede incluir diferentes cosas como nombres de usuario y contraseñas de sitios web que usa, números de cuentas bancarias y su historial laboral. Su PI puede ser la mismo que su PHI si se relaciona con su cuidado de salud o su plan médico. Protegemos su PI y su PHI como mencionamos en este aviso.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre:
  - Su salud
  - Sus hábitos
  - Sus pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
  - Médicos
  - Hospitales
  - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía sin su aprobación.
- En los casos en que debamos darle la oportunidad de negarse, se lo informaremos antes de hacerlo.
- Le indicaremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Esta información se encuentra disponible de manera gratuita en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros llamando al **1-855-878-1784**. (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local excepto los días feriados.

Revisado en mayo de 2023.

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

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades de salud. Amerigroup STAR+PLUS MMP ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, además de servicios de idioma gratuitos a aquellos cuya lengua materna no sea el inglés, como servicios de intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Se pueden obtener estos servicios llamando al número de servicio al cliente que está en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro. Si considera que Amerigroup STAR+PLUS MMP no le ha prestado estos servicios o ha actuado de alguna otra forma discriminatoria por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al defensor de personas inscritas:

Amerigroup STAR+PLUS MMP - Complaints, Appeals, and Grievances  
Apartado postal: OH0205-A537  
4361 Irwin Simpson Road  
Mason, OH 45040  
1-855-878-1784 (TTY: 711)  
Fax: 1-888-458-1406

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el defensor de personas inscritas está a su disposición. También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. O bien, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Ave., SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

### **Servicio multilingüe de intérprete**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-878-1784 (TTY: 711)**. Monday through Friday from 8 a.m to 8 p.m. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-878-1784 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-855-878-1784 (TTY: 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-855-878-1784 (TTY: 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-878-1784** (TTY : **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-878-1784** (TTY: **711**) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:**

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-878-1784** (TTY: **711**). هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-878-1784** (TTY: **711**) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-878-1784** (TTY : **711**). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-878-1784** (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-878-1784** (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-878-1784** (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-878-1784** (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。





¿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](http://www.myamerigroup.com/TXmmp)**.

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