

Miembros BOLETÍN ANUAL

Diciembre 2019

Información y actualizaciones de Texas Children's Health Plan para los miembros de CHIP, STAR y STAR Kids y sus familias.



CONTÁCTANOS:

Servicios para Miembros

Miembros STAR: 1-866-959-2555

Miembros CHIP: 1-866-959-6555

Miembros STAR Kids: 1-800-659-5764

- Información sobre STAR, CHIP, o STAR Kids
- Preguntas sobre elegibilidad y beneficios

Línea de ayuda de enfermería de Texas Children's Health Plan

Teléfono: 1-800-686-3831

Línea directa y de referidos de salud mental

Teléfono: 1-800-731-8529 (STAR)

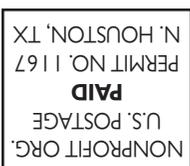
Teléfono: 1-800-731-8528 (CHIP)

Teléfono: 1-844-818-0125 (STAR Kids)

RECOMPENSAS POR UN EMBARAZO SALUDABLE

Las afiliadas embarazadas pueden recibir un kit de productos esenciales para el embarazo por completar un chequeo prenatal dentro de 42 días de unirse a Texas Children's Health Plan. Las afiliadas embarazadas pueden también recibir pañales, suministros de lactancia y otras recompensas tras completar una de nuestras clases de educación. La entrega mensual de comidas saludables está disponible para mujeres embarazadas y nuevas mamás. Para conocer más, visita healthyrewardsprogram.org. Las nuevas mamás pueden recibir una cuna portátil tras completar una consulta posparto dentro de 21 a 56 días después de dar a luz. Para conocer más recursos de embarazo saludable, visita texaschildrenshealthplan.org/starbabies/ o llama a Servicios para Miembros a uno de los números de teléfono en la sección "Contáctanos".

MK-1910-650 12/19



Member Services Department
P.O. Box 301011
Houston, TX 77230-1011



NOS IMPORTA TU PRIVACIDAD

Tu privacidad es importante para nosotros. Tú puedes ver la declaración de privacidad de Texas Children Health Plan sobre cómo puede usarse tu información médica visitando nuestra página web en: texaschildrenshealthplan.org/notice-of-privacy-practices/

DERECHOS DEL MIEMBRO DE CHIP Y DE CHIP PERINATE NEWBORN

1. Tienes el derecho de recibir información correcta y fácil de entender para ayudarte a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud, los doctores, los hospitales y otros proveedores de tu hijo.
2. Tu plan de salud debe indicarte si utiliza una “red limitada de proveedores”. Esta red consiste en un grupo de doctores y otros proveedores que solo refieren a los pacientes a otros doctores que están en el mismo grupo. “Red limitada de proveedores” quiere decir que no puedes consultar con todos los doctores que forman parte de tu plan de salud. Si tu plan de salud utiliza “redes limitadas”, asegúrate de que el proveedor de cuidado primario de tu hijo y los especialistas con los que quieras consultar estén en la misma “red limitada.”
3. Tienes el derecho de saber cómo se les paga a tus doctores. Algunos reciben un pago fijo sin importar las veces que consultes con ellos. Otros reciben pagos basados en los servicios que prestan a tu hijo. Tienes el derecho de saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
4. Tienes el derecho de saber cómo el plan de salud decide si un servicio está cubierto o si es médicamente necesario. Tienes el derecho de saber qué personas en el plan de salud deciden esas cosas.
5. Tienes el derecho de saber el nombre y la dirección de los hospitales y otros proveedores de tu plan de salud.
6. Tienes el derecho de escoger de una lista de proveedores de cuidado de salud que sea lo suficientemente larga para que tu hijo pueda obtener el cuidado adecuado cuando lo necesite.
7. Si un doctor dice que tu hijo tiene necesidades médicas especiales o una discapacidad, es posible que puedas tener a un especialista como el proveedor de cuidado primario de tu niño. Pregúntale al plan de salud sobre esto.
8. Los niños a quienes les diagnostican necesidades médicas especiales o una discapacidad tienen el derecho de recibir cuidado especializado.
9. Si tu hijo tiene problemas médicos especiales, y el doctor que lo atiende sale del plan de salud, es posible que tu hijo pueda seguir consultando a ese doctor durante 3 meses, y el plan de salud tiene que continuar pagando esos servicios. Pregúntale a tu plan cómo esto funciona.
10. Tu hija tiene el derecho de consultar con un gineco-obstetra (OB/GYN) participante sin un referido de su proveedor de cuidado primario y sin preguntar primero a su plan de salud. Pregúntale a tu plan cómo funciona esto. Es posible que algunos planes te exijan escoger a un gineco-obstetra antes de consultar con el o ella sin un referido.
11. Tu hijo tiene el derecho de recibir servicios de emergencia si tienes motivos razonables para creer que su vida corre peligro, o que tu niño podría sufrir algún daño grave si no recibe cuidado cuanto antes. La cobertura de emergencias está disponible sin antes preguntar a tu plan de salud. Quizás tengas que hacer un copago dependiendo de tus ingresos. No se aplican copagos a miembros de CHIP Perinatal.
12. Tienes el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones sobre el cuidado médico de tu hijo.
13. Tienes el derecho de hablar en nombre de tu hijo en todas las decisiones de su tratamiento.
14. Tienes el derecho de pedir una segunda opinión de otro doctor en tu plan de salud sobre el tipo de tratamiento que tu hijo necesita.
15. Tienes el derecho de recibir un trato justo de tu plan de salud, doctores, hospitales y otros proveedores.
16. Tienes el derecho de hablar en privado con los doctores y otros proveedores de tu hijo, y de que los registros médicos de tu hijo se mantengan confidenciales. Tienes el derecho de ver y copiar los registros médicos de tu hijo y de solicitar que se hagan cambios a esos registros.
17. Tienes derecho a un trámite imparcial y rápido para resolver los problemas con tu plan de salud y con los doctores, hospitales y otros proveedores del plan que brindan servicios a tu hijo. Si tu plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el doctor del niño piensa que es médicamente necesario, tienes el derecho de conseguir que otro grupo, fuera del plan de salud, te indique si tu doctor o el plan de salud tenía la razón.
18. Tienes el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que atienden a tu hijo pueden aconsejarte sobre su estado de salud, su cuidado médico y tratamiento. Tu plan de salud no puede impedir que ellos te proporcionen esta información, aún cuando el cuidado o el tratamiento no sea un servicio cubierto.
19. Tienes el derecho de saber que solo eres responsable de pagar los copagos aprobados por servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirte pagar ningún otro monto por servicios cubiertos.
20. Tienes el derecho de hacer recomendaciones sobre los derechos y la política de responsabilidades de los miembros de la organización.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO DE CHIP Y CHIP PERINATE NEWBORN

Tú y tu plan de salud tienen interés en que la salud de tu hijo mejore. Tú puedes ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Tienes que tratar de tener hábitos sanos. Anima a tu hijo a evitar el tabaco y a tener una dieta saludable.
2. Tienes que participar en las decisiones del doctor sobre los tratamientos de tu hijo.
3. Debes trabajar en equipo con los doctores y otros proveedores de tu plan de salud para escoger tratamientos para tu hijo con los que todos hayan aceptado.
4. Si tienes algún desacuerdo con tu plan de salud, primero debes tratar de resolverlo por medio del trámite de quejas del plan de salud.
5. Debes aprender qué es lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lee el Manual para Miembros para entender cómo funcionan las reglas.
6. Si programas una consulta para tu hijo, debes tratar de llegar a tiempo al consultorio del doctor. Si no puedes ir a la consulta, asegúrate de llamar y cancelarla.
7. Si tu hijo tiene CHIP, tú eres el responsable de pagar al doctor y a otros proveedores los copagos que les corresponden. Si tu hijo recibe servicios de CHIP Perinatal, no tendrás ningún copago para ese niño.
8. Debes denunciar el mal uso de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por los proveedores de cuidado de salud, otros miembros o los planes de salud.
9. Debes hablar con tu proveedor sobre los medicamentos que te recete.
10. Debes cumplir las políticas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Aprender y cumplir los reglamentos de tu plan de salud y de Medicaid.
 - Escoger a la brevedad posible tu plan de salud y un proveedor de cuidado primario.
 - Hacer cambios en tu plan de salud y del proveedor de cuidado primario según lo establecido por Medicaid y el plan de salud.
 - Mantener tus consultas programadas.
 - Cancelar consultas por anticipado cuando no puedes acudir a ellas.
 - Comunicarte siempre primero con tu proveedor de cuidado primario para necesidades médicas que no sean emergencias.
 - Asegurarte de tener la aprobación de tu proveedor de cuidado primario antes de consultar con un especialista.
 - Entender cuándo debes y no debes ir a la sala de emergencia.

11. Debes compartir información sobre tu salud con tu proveedor de cuidado primario y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye la responsabilidad para:
 - Hablar con tus proveedores sobre tus necesidades de cuidado de salud y hacer preguntas sobre las diferentes maneras en que tus problemas de salud pueden ser tratados.
 - Ayudar a tus proveedores a obtener tus registros médicos.

Si crees que te han tratado injustamente o te han discriminado, llama gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) al **1-800-368-1019**. También puedes ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en [hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr).

Los miembros de CHIP Perinatal reciben cuidado médico básico que incluye:

- Chequeos regulares
- Medicamentos recetados
- Vacunas
- Cobertura para necesidades especiales de salud

INFÓRMATE SOBRE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

Tus beneficios incluyen un amplio rango de medicamentos recetados. Nosotros trabajamos con Navitus para proporcionar estos beneficios. Tu doctor o el doctor de tu hijo escoge los medicamentos que necesitas del formulario del Texas Vendor Drug Program (VDP). El formulario es una lista de todos los medicamentos de marca y genéricos disponibles en tu plan. Para ver la lista completa de medicamentos cubiertos, visita <https://txstarchip.navitus.com/pages/formulary.aspx>. Visita [texaschildrenshealthplan.org](https://www.texaschildrenshealthplan.org) e inicia sesión para encontrar información sobre los cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). También puedes visitar la página web del Texas Vendor Drug Program en [txvendordrug.com/formulary/preferred-drugs.shtml](https://www.txvendordrug.com/formulary/preferred-drugs.shtml) para ver la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL).

DERECHOS DEL MIEMBRO DE MEDICAID

- 1.** Tienes el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a.** Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b.** Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de tus registros médicos y las discusiones con tus proveedores.
- 2.** Tienes el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o el proveedor de cuidado de salud con el que consultarás la mayoría del tiempo y que coordinará tu cuidado. Tienes el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a.** Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar tu plan de salud y tu proveedor de cuidado primario.
 - b.** Escoger cualquier plan de salud que desees que esté disponible en tu área, y de escoger un proveedor de cuidado primario de ese plan.
 - c.** Cambiar tu proveedor de cuidado primario.
 - d.** Cambiar tu plan de salud sin incurrir en multas.
 - e.** Recibir información sobre cómo cambiar tu plan de salud o tu proveedor de cuidado primario.
- 3.** Tienes el derecho de hacer preguntas y de obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entiendas. Esto incluye el derecho de:
 - a.** Hacer que tu proveedor explique tus necesidades de cuidado de salud y que te informe de las diferentes maneras en que tus problemas médicos pueden ser tratados.
 - b.** Recibir explicaciones de por qué se te negó y no se te proporcionó cuidado o servicios.
- 4.** Tienes el derecho de aceptar o rechazar tratamiento y de participar de forma activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a.** Trabajar en equipo con tu proveedor y decidir cuál cuidado de salud es el mejor para ti.
 - b.** Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por tu proveedor.
- 5.** Tienes el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de cuidado administrado y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y Audiencias Imparciales del Estado. Esto incluye el derecho de:
 - a.** Presentar una queja ante tu plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre tu cuidado de salud, tu proveedor, o tu plan de salud.
 - b.** Recibir una respuesta oportuna a tu queja.
 - c.** Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d.** Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
- 6.** Tienes el derecho de acceso oportuno a cuidado sin barreras de acceso físico ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a.** Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesites.
 - b.** Recibir cuidado médico de manera oportuna.
 - c.** Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Esto incluye el acceso sin barreras para personas con discapacidades u otros padecimientos que limiten su movilidad, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
 - d.** Tener un intérprete, si es necesario, durante las consultas con tus proveedores y cuando te comuniques con tu plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan en tu idioma nativo, que ayudan a alguien con una discapacidad, o que te ayudan a entender la información.
 - e.** Recibir información clara sobre las reglas de tu plan de salud, incluyendo cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
- 7.** Tienes el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado para conveniencia de otra persona, o para forzarte a hacer algo que no quieras, o para castigarte.
- 8.** Tienes el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que te atienden pueden aconsejarte sobre tu estado de salud, tu cuidado médico y tratamiento. Tu plan de salud no puede impedirles que te proporcionen esta información, aun cuando la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
- 9.** Tienes el derecho de saber que no eres responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirte copagos ni ningún otro monto por los servicios cubiertos.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO DE MEDICAID

1. Tienes que aprender y entender cada uno de los derechos que tienes bajo el programa de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:
 - Aprender y entender tus derechos bajo el programa de Medicaid.
 - Hacer preguntas si no entiendes tus derechos.
 - Saber qué opciones de planes de salud están disponibles en tu área.
2. Tienes que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:
 - Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - Escoger a la brevedad posible tu plan de salud y un proveedor de cuidado primario.
 - Hacer cualquier cambio en tu plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo establecido por Medicaid y por el plan de salud.
 - Mantener tus consultas programadas.
 - Cancelar las consultas con anticipación cuando no puedas acudir a ellas.
 - Siempre llamar primero a tu proveedor de cuidado primario para necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - Asegurarte de tener la aprobación de tu proveedor de cuidado primario antes de consultar con un especialista.
 - Entender cuándo debes o no ir a la sala de emergencias.
3. Debes compartir información sobre tu salud con tu proveedor de cuidado primario y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye la responsabilidad de:
 - Informar a tu proveedor de cuidado primario sobre tu salud.
 - Hablar con tus proveedores sobre tus necesidades médicas y hacer preguntas sobre las diferentes maneras de tratar tus problemas médicos.
 - Ayudar a tus proveedores a recibir tus registros médicos.
4. Tienes que participar en las decisiones relacionadas con las opciones de servicio y de tratamiento, tomar decisiones personales, y tomar medidas para mantener tu salud. Esto incluye la responsabilidad de:
 - Trabajar en equipo con tu proveedor para decidir cuál cuidado de salud es el mejor para ti.
 - Entender cómo las cosas que haces pueden afectar tu salud.
 - Hacer lo mejor que puedas para mantenerte saludable.
 - Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - Hablar con tu proveedor acerca de todos tus medicamentos.
5. Debes seguir los planes e instrucciones de cuidado que acordaste con tu proveedor.

Si crees que te han tratado injustamente o te han discriminado, llama gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) al **1-800-368-1019**. También puedes ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en [hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr).

RECIBE UNA TARJETA DE RECOMPENSAS DE \$20 POR CADA CHEQUEO PARA NIÑOS ANTES DE LA EDAD DE 15 MESES

Lleva a tu niño a 7 chequeos para niños hasta la edad de 15 meses y recibe una tarjeta de recompensas de \$20 por cada chequeo (¡hasta un total de \$140!) Para aprender más, visita [healthyrewardsprogram.org](https://www.healthyrewardsprogram.org) o llama a Servicios para Miembros al **1-866-959-2555 (STAR)**, **1-866-959-6555 (CHIP)**, o **1-800-659-5764 (STAR Kids)**.

NUESTROS MIEMBROS DISFRUTAN DE CLASES DE FÚTBOL DE HOUSTON DYNAMO

Texas Children's Health Plan es un patrocinador corporativo de Houston Dynamo. Esto quiere decir que nuestros miembros reciben beneficios adicionales incluyendo clases de fútbol de junio a noviembre para miembros de CHIP, STAR, y STAR Kids de 7 a 12 años*. Para aprender más sobre eventos de Houston Dynamo, llámanos al **1-800-990-8247**.

*Disponible en el condado Harris.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE AUTORIZACIONES Y APELACIONES

A veces, el cuidado que recibes de tu médico necesita aprobación previa. En ese caso, tu médico presentará una solicitud de aprobación. Si Texas Children's Health Plan rechaza la solicitud, recibirás una carta indicando el motivo del rechazo.

Tienes derecho de apelar una denegación. Tienes 60 días desde la fecha de la carta de denegación para presentar una apelación. Texas Children's Health Plan tomará una decisión dentro de 30 días de recibir tu solicitud. Para apelar, puedes actuar en representación propia o puedes contar con la representación de otra persona, como por ejemplo:

- Tu médico.
- Un amigo.
- Un familiar.
- Un abogado.
- Otra persona.

Los miembros de STAR deben enviar todas las apelaciones a:

Texas Children's Health Plan
Attn: Appeals Department
P.O. Box 301011, WLS 8390
Houston, Texas 77230-1011
I-866-959-2555 or 832-828-1001

Los miembros de CHIP deben enviar todas las apelaciones a:

Texas Children's Health Plan
Attn: Appeals Department
P.O. Box 301011, WLS 8390
Houston, Texas 77230-1011
I-866-959-6555 or 832-828-1002

Los miembros de STAR Kids deben enviar todas las apelaciones a:

Texas Children's Health Plan
Attn: Appeals Department
P.O. Box 301011, WLS 8390
Houston, Texas 77230-1011
I-800-659-5764 or I-832-828-1003

A veces, el plazo de la apelación podría poner en riesgo la vida, la salud o la capacidad de recuperar una función de tu hijo. Tu médico nos informará si existe esa posibilidad. En este caso, puedes solicitar una apelación rápida. Texas Children's Health Plan tomará una decisión dentro de 3 días hábiles de recibir la solicitud. Si deseas continuar recibiendo los beneficios mientras la solicitud está pendiente, llama al

I-866-959-2555 (STAR), or
I-866-959-6555 (CHIP), or
I-800-659-5764 (STAR Kids).

En el caso de los miembros de CHIP, toma en cuenta que, si la denegación se mantiene, deberás pagar el costo de los servicios que recibas después de la fecha de la denegación original. Si denegamos la apelación (continuamos denegando los servicios o tratamientos), puedes tener el derecho de que nuestra decisión sea revisada por profesionales de la salud que no están asociados con nosotros. Tú puedes hacerlo si nuestra decisión involucra la necesidad médica, la adecuación, el entorno del cuidado de salud, el nivel del cuidado o la efectividad del servicio o del tratamiento del cuidado de la salud que fue solicitado. La solicitud puede ser presentada ante MAXIMUS Federal

Services. En la carta de decisión se incluye la información para presentar estas solicitudes.

En el caso de los miembros de STAR y STAR Kids, toma en cuenta que, si se ratifica la denegación y se continuó con la prestación de servicios durante el proceso de apelación, Texas Children's Health Plan no podrá recuperar el costo de los servicios del miembro sin un permiso escrito de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC). Los miembros de STAR y STAR Kids deben completar el proceso de apelación de Texas Children's Health Plan antes de solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.

Tienes 120 días desde la fecha en la carta de decisión de la apelación para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. La carta de denegación incluye instrucciones sobre cómo hacerlo. Si tienes preguntas, llama al
I-866-959-2555 (STAR) or
I-800-659-5764 (STAR Kids).

Si solicitas una Audiencia Imparcial del Estado, recibirás un paquete informativo indicando la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las Audiencias Imparciales del Estado se hacen por teléfono. En la audiencia, tú o tu representante pueden explicar por qué necesitas el servicio que te fue denegado. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) te hará saber la decisión final dentro de 90 días a partir de la fecha en que solicitaste la audiencia.

CÓMO FUNCIONA TU PLAN

¿Tiene preguntas sobre cómo funciona tu plan? El Manual para Miembros tiene las respuestas.

En tu manual para miembros, puedes encontrar información sobre lo siguiente:

- Beneficios y servicios.
- Procedimientos de manejo de medicamentos.
- Copagos y otros cargos.
- Cómo obtener ayuda de servicios de intérprete y traducciones.
- Cómo obtener información sobre los médicos dentro de la red de Texas Children's Health Plan.

- Cómo obtener servicios de cuidado primario.
- Cómo obtener cuidado especializado, cuidado de salud mental y servicios hospitalarios.
- Cómo obtener cuidado después del horario de atención normal.
- Cómo obtener atención de emergencia.
- Cómo obtener cuidado y cobertura estando fuera de las áreas de servicio de Texas Children's Health Plan.
- Cómo expresar una queja.

- Cómo apelar una decisión que afecta la cobertura, los beneficios, o tu relación con Texas Children's Health Plan.
- ¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de Texas Children's Health Plan?

Encuentra tu manual para miembros en texaschildrenshealthplan.org. También puedes llamar a Servicios para Miembros al
I-866-959-6555 (CHIP), o
I-866-959-2555 (STAR), o
I-800-659-5764 (STAR Kids).

CÓMO COMUNICARSE CON GESTIÓN DE UTILIZACIÓN

El personal de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan está preparado para responder a tus llamadas de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Nos puedes llamar durante el horario de atención normal si tiene preguntas sobre el proceso de Gestión de Utilización (UM). También te podemos brindar información sobre una transacción de UM.

Llama a Servicios para Miembros al 1-866-959-6555 (CHIP), 1-866-959-2555 (STAR), o 1-800-659-5764 (STAR Kids).

Después del horario de atención normal, nuestro buzón de voz tomará tus mensajes. Nuestro equipo responderá el siguiente día hábil. Puedes hablar con un Asesor de Miembros en inglés o en español. Intérpretes que hablan 140 idiomas también están disponibles por teléfono.

Texas Children's Health Plan ofrece ayuda TDD/TTY para los miembros sordos, con dificultades auditivas, o discapacidades del habla.

Para obtener asistencia TDD, por favor llama al 1-800-735-2989 o al 7-1-1.

Si tienes preguntas sobre las decisiones tomadas por Gestión de Utilización, envíalas a:

Miembros de STAR:

Texas Children's Health Plan
Attn: Member Services Department
P. O. Box 301011, WLS 8360
Houston, TX 77230-1011
1-866-959-2555 or 832-828-1001
Fax: 832-825-8778

Miembros de CHIP:

Texas Children's Health Plan
Attn: Member Services Department
P.O. Box 301011, WLS 8360
Houston, Texas 77230-1011
1-866-959-6555 or 832-828-1002
Fax: 832-825-8778

Miembros de STAR Kids:

Texas Children's Health Plan
Attn: Member Services Department
P.O. Box 301011, WLS 8360
Houston, Texas 77230-1011
1-800-659-5764 or 832-828-1003
Fax: 832-825-8778

DECLARACIÓN AFIRMATIVA DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN

A veces, la gente no sabe la función que cumplen los programas de Gestión de Utilización (UM). Nuestro equipo de UM evalúa el cuidado de nuestros miembros. Nos aseguramos de que se tomen decisiones porque esa es la forma en la que actuamos según nuestras políticas. No existen incentivos financieros para nosotros ni para los proveedores. UM toma decisiones en función de si la atención y el servicio son adecuados. También se basa en si el miembro tiene cobertura. No recompensamos a nadie por denegar cobertura, y los pagos que hacemos no motivan decisiones que causen la denegación de cuidado.

¡REALIZA TUS EXÁMENES FÍSICOS PARA LA ESCUELA Y CAMPAMENTOS DEPORTIVOS!

¡Excelentes noticias! Si necesitas realizar un examen físico para la escuela o un campamento deportivo, te podemos ayudar. Si has realizado un chequeo para niños en los últimos 12 meses, tu médico de cuidado primario puede realizar un examen físico anual para la escuela y los campamentos deportivos sin costo alguno. Estos servicios se ofrecen para:

- Miembros de STAR entre 5 y 19 años.
- Miembros de CHIP entre 5 y 19 años.
- Miembros de STAR Kids entre 5 y 20 años.

Para obtener más información, llama a Servicios para Miembros al 1-866-959-6555 (CHIP), 1-866-959-2555 (STAR), o al 1-800-659-5764 (STAR Kids).

LAS 10 PREGUNTAS QUE DEBES HACER

Hablar con tu médico genera confianza y conduce a mejores resultados, calidad, seguridad y nivel de satisfacción. Encuentra a continuación 10 preguntas que debes hacer a tu doctor para que puedas entender tu cuidado de salud.

1. ¿Para qué sirve la prueba?
2. ¿Cuántas veces ha realizado este procedimiento?
3. ¿Cuándo obtendré los resultados?
4. ¿Por qué necesito este tratamiento?
5. ¿Existen otras alternativas?
6. ¿Cuáles son las posibles complicaciones?
7. ¿Qué hospital se adapta mejor a mis necesidades?
8. ¿Cómo se deletrea el nombre de ese medicamento?
9. ¿Tiene efectos secundarios?
10. ¿Interactuará este medicamento con los medicamentos que ya tomo?

Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD., septiembre 2018

AYÚDANOS A DETENER EL FRAUDE, EL ABUSO Y EL DESPILFARRO

Nos alegra que seas parte de la familia de Texas Children's Health Plan. Tenemos que hablar contigo de un tema muy importante: los fraudes en el cuidado de salud. Los errores de facturación de cuidado de salud se producen con mucha frecuencia. Las reglas que los médicos y los hospitales deben respetar son muy complicadas. No es de extrañar que se produzcan errores de facturación en el ajetreado consultorio de un médico o en una sala de emergencias. Sabemos que la mayoría de los médicos y los hospitales quieren hacer lo correcto. Ellos desean seguir las reglas y hacerse cargo de tu familia. Sin embargo, existen algunas personas que infringen voluntariamente las normas y leyes. Quizá hayas leído acerca de hospitales y proveedores que burlaron el sistema. Facturaron por servicios que no proporcionaron. Necesitamos tu ayuda para detener esto. Texas Children's Health Plan implementó un programa para identificar y detener el fraude, el abuso y el despilfarro. Este es el significado de dichos términos:

Fraude: Presentar reclamos falsos deliberadamente para recibir un pago.

Abuso: Aprovechar las brechas en la ley para aumentar los pagos.

Despilfarro: Realizar demasiados pagos debido a la falta de capacitación y educación.

El fraude, el abuso y el despilfarro perjudican a todos. Elevan los impuestos. Reducen los fondos destinados a pagar beneficios. Incluso pueden reducir la calidad del cuidado.

Algunos ejemplos de fraude que podrías notar incluyen:

- Proveedores que facturan por servicios que tu familia no recibió.
- Facturación por servicios diferentes a los que recibiste.
- Solicitud de tu número de identificación de miembro cuando no estás yendo a la clínica o al hospital.
- Ofrecimiento de dinero a cambio de tu número de identificación de miembro.
- Ofrecimiento de recompensas o pagos para que vayas a una clínica o a un hospital.
- Proveedores que retiran un dispositivo alternativo de verificación de visitas electrónicas (EVV) de tu hogar (por ejemplo, guardándolo en su bolso o automóvil).

Mantente atento a estafas frecuentes tales como:

- Afirmaciones como, "Tu plan médico quiere que recibas este servicio."
- Telemarketing o vendedores a domicilio que ofrecen servicios médicos.
- Indicar que, cuantas más pruebas realices, más económicas resultan para el gobierno.

Para ayudarnos a prevenir el fraude, sigue algunos de estos consejos:

- No proporciones tu número de identificación de miembro a desconocidos. Proporciónalo

únicamente a tu médico u hospital.

- No solicites servicios que no necesitas.
- Ten cuidado con cualquier persona que afirme, "Los servicios son GRATUITOS, de manera que debes acudir a mi clínica."

¿Pueden los miembros cometer fraude?

Algunos miembros sí cometen fraude. Quizás cambien de médico para obtener medicamentos que no necesitan. Quizás soliciten servicios que no necesitan. O quizás le mientan a un médico. Algunos quizás trabajen con un médico para cometer fraude a cambio de dinero. El fraude de un miembro es ilegal. El fraude de un miembro puede producir la pérdida de sus beneficios. O peor, podría causar multas o prisión.

¿Qué es la Ley de Reclamos Falsos?

La Ley de Reclamos Falsos sanciona a toda persona que presente un reclamo médico al gobierno federal, de cuya falsedad es consciente.

¿Qué es la Protección de los Denunciantes?

Un denunciante es una persona que informa una conducta indebida por parte de una persona o empresa que ha cometido fraude. Conforme a la ley federal, los denunciantes cuentan con protección contra, entre otras cosas, amenazas, abusos o discriminación.

¿Qué hacer si sospechas un fraude?

Comunícate con nosotros de inmediato. No espere más de un día.

LÍNEA DIRECTA PARA FRAUDES DE TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN

Teléfono: **832-828-1320**

Número de fax: **832-825-8722**

Envíanos un correo electrónico a:

FraudandAbuse@texaschildrens.org

O envía una carta a:

Texas Children's Health Plan

Fraud and Abuse Investigations

Mail Code WLS 8302/PO Box 301011

Houston, TX 77230-1011

No es necesario que proporciones tu nombre. Solo cuéntanos por qué crees que existe un fraude. Infórmanos el nombre del proveedor. Y, cuéntanos qué te preocupa. Tomaremos tus preguntas con seriedad. Investigaremos todos los casos. Incluso, es posible que enviemos tu inquietud a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). En la mayoría de los casos, indicaremos al proveedor la acción incorrecta que cometió.

¡Por favor ayúdanos!

Texas Children's Health Plan desea identificar y prevenir el fraude.

¡Necesitamos y valoramos tu ayuda! Llámanos si tienes preguntas.

ACERCA DE LOS FORMULARIOS DE MEDICAMENTOS

¿Qué es un Formulario de Medicamentos?

El formulario es una lista de medicamentos seleccionada por médicos y farmacéuticos con base en su calidad y valor. Es una guía que los médicos pueden utilizar para saber qué medicamentos están cubiertos. Incluye medicamentos de marca y genéricos.

¿Quién decide qué medicamentos están incluidos en la lista de medicamentos preferidos?

Los medicamentos del formulario son seleccionados por un grupo de médicos y farmacéuticos. Únicamente los medicamentos que son seguros, eficaces y al alcance del bolsillo son seleccionados para estar incluidos en esta lista. El grupo también selecciona los medicamentos según cómo funcionen, sus efectos secundarios y sus costos en comparación con medicamentos similares. El formulario Texas Medicaid contiene todos los productos del formulario, incluyendo aquellos en la lista de medicamentos preferidos.

¿Dónde puedo averiguar qué medicamentos están cubiertos?

Tu formulario (incluyendo la lista de medicamentos preferidos) está disponible en <https://txstarchip.navitus.com/pages/formulary.aspx>. La cobertura asociada con cada medicamento está indicada en el formulario. También está incluida la información relacionada con qué medicamentos

necesitan autorización previa y tienen límites de cantidades. No incluye todos los medicamentos cubiertos. También puedes ver el formulario en la página web del Programa Texas Vendor Drug en: endordrug.com/formulary

Se incluye información sobre aprobación previa, límites de cantidad y terapia escalonada. Estas reglas permiten asegurar que los pacientes reciban medicamentos seguros y eficaces. Para los miembros de CHIP únicamente, no se incluye el monto en dólares que pagas por cada medicamento.

Comunícate con Texas Children's Health Plan para obtener información sobre el copago de tus medicamentos.

¿Cómo presento una queja o una apelación para medicamentos recetados por mi médico?

Es posible que algunos medicamentos recetados por tu médico necesiten autorización previa. Tu médico trabajará con Navitus para solicitar una autorización, en caso de que sea necesaria. Tienes derecho a apelar si no recibes una autorización. Cuando tengas una inquietud sobre un beneficio de farmacia, reclamo, u otro servicio, llama a Texas Children's Health Plan al 1-866-959-2555 (STAR), 1-866-959-6555 (CHIP), o 1-800-659-5764 (STAR Kids). Si tu problema o inquietud no se resuelve, tienes derecho a presentar una apelación por escrito.

CINCO PASOS PARA UN CUIDADO DE SALUD MÁS SEGURO

Hoja de datos del paciente

Esta hoja de datos indica qué puedes hacer para recibir un cuidado de salud más seguro. Fue creada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en colaboración con la American Hospital Association y la American Medical Association.

1. Haz preguntas si tiene dudas o inquietudes.

Haz preguntas y asegúrate de comprender las respuestas. Elige un médico con el que puedas hablar abiertamente. Anda acompañado de un familiar o un amigo para que te ayude a hacer preguntas y a comprender las respuestas.

2. Conserva y lleva una lista de todos los medicamentos que tomas.

Entrega a tu médico y farmacéutico una lista de todos los medicamentos que tomas, incluyendo los medicamentos de venta libre. Infórmale sobre cualquier alergia a medicamentos que tengas. Pregunta sobre los efectos secundarios y sobre qué evitar mientras tomas el medicamento. Lee la etiqueta cuando recibas el medicamento. También lee todas las advertencias. Asegúrate de que el medicamento sea el que te recetó el médico y conoce cómo usarlo. Consulta al farmacéutico sobre tu medicamento en caso de que su aspecto sea diferente al que esperabas.

3. Recibe los resultados de todas las pruebas o procedimientos.

Pregunta cuándo y cómo recibirás los resultados de las pruebas o procedimientos. No asumas que los resultados están bien si no los recibes cuando los esperabas, ya sea en persona, por teléfono o por correo. Llama a tu médico y solicítale tus resultados. Pregunta qué significan los resultados para tu cuidado.

4. Habla con tu médico sobre qué hospital es el mejor para tus necesidades médicas.

Pregunta a tu médico qué hospital ofrece el mejor cuidado y resultados para tu condición, si tienes más de un hospital entre los cuales elegir. Asegúrate de entender las instrucciones que recibas sobre el cuidado de seguimiento cuando salgas del hospital.

5. Asegúrate de entender qué sucederá si necesitas cirugía.

Asegúrate de que tú, tu médico y tu cirujano estén de acuerdo con lo que se realizará exactamente durante la operación. Pregúntale a tu médico, "¿Quién se encargará de mi cuidado durante mi hospitalización?" Pregúntale a tu cirujano:

- ¿Qué hará exactamente?
- ¿Cuánto durará?
- ¿Qué sucederá después de la cirugía?
- ¿Cómo puedo esperar sentirme durante la recuperación?

¿QUÉ ES LA COORDINACIÓN DEL CUIDADO

La Coordinación del Cuidado es un grupo de enfermeras y trabajadores sociales llamados “Coordinadores del Cuidado”. Los Coordinadores del cuidado trabajan con los miembros de Texas Children’s Health Plan que tienen determinadas condiciones médicas y necesidades de cuidado de la salud. Ayudan con educación sobre la enfermedad, programan consultas médicas y transporte, y referidos a otros programas comunitarios, estatales y federales.

El objetivo es:

- Estabilizar la condición del miembro.
- Mejorar la salud del miembro.
- Mejorar la calidad de vida del miembro.

Los miembros que participan en la Coordinación del Cuidado suelen tener una o más condiciones, tales como:

- Múltiples o complejos problemas de salud.
- Asma.
- Diabetes.
- Obesidad.
- Necesidades especiales (discapacidad física o del desarrollo).
- Trastorno de déficit de la atención (ADD y ADHD).
- Depresión.
- Embarazo con factores de riesgo.
- Enfermedad mental.
- Alcoholismo o drogodependencia.

Si crees que podrías aprovechar la Coordinación del Cuidado, habla con tu proveedor de cuidado primario (PCP). Pídele a tu médico un referido para el programa. O bien, puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-800-959-6555 si eres miembro de CHIP o al

1-866-959-2555 si eres miembro de STAR. Puedes obtener ayuda de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Después del horario de atención, un servicio de enfermería atenderá las llamadas por las noches y los fines de semana. También puedes enviar por fax una solicitud de servicios. Puedes comunicarte con los Coordinadores del Cuidado de 8 a.m. a 4:30 p.m. a través de los números de teléfono indicados.

La dirección de correo electrónico de Coordinación del Cuidado es casemanagementphysicianreferral@texaschildrens.org.

Departamento de la Coordinación del Cuidado

Teléfono: 832-828-1430

Fax: 832-825-8745

Asociación de Enfermeras y Familias

Teléfono: 832-828-1274

Visita texaschildrenshealthplan.org/for-providers para encontrar reglamentos de práctica clínica sobre:

- Cuidado preventivo
- Diabetes
- Asma
- Cuidado intensivo
- ADHD
- Condiciones crónicas
- Obesidad
- Salud mental

ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS – QUE NECESITAS CONOCER

Los tratamientos médicos pueden cambiar la forma en que un niño digiere y absorbe el alimento. Además, los alimentos que comes pueden alterar el efecto que un medicamento produce en tu cuerpo. Por ejemplo, es mejor tomar suplementos de hierro para la anemia con un ácido leve como jugo de naranja. Si los tomas con leche, quizás no se absorba bien el medicamento.

Los medicamentos pueden afectar la nutrición de 4 formas:

- Alterar el apetito.
- Alterar los nutrientes absorbidos y la velocidad en que se absorben.

- Alterar la manera en que el cuerpo descompone y utiliza los nutrientes.
- Alterar la velocidad con la que el alimento atraviesa el aparato digestivo.

Pregunta a tu médico o farmacéutico si debes tomar tu medicamento con la comida o con el estómago vacío. Algunos antibióticos causan dolor o malestar estomacal si no los ingieres con alimentos. Averigua si tomar tu medicamento con leche o jugo de toronja/pomelo puede aumentar o reducir la eficacia del tratamiento. Además, pregunta si debes evitar ingerir algún alimento durante tu tratamiento.

SALUD DE LA MUJER

Consulta posparto

Es importante que las nuevas mamás asistan a un chequeo posparto. Tu gineco-obstetra debe verte de 2 a 8 semanas después del parto. Un médico controlará tu recuperación para que te mantengas saludable para la maternidad.

¡También puedes recibir una **cuna portátil gratis** por completar tu chequeo posparto de 21 a 56 días después de dar a luz! Además, es importante que tu bebé tenga cobertura de salud. Llama al 2-1-1 para inscribir a tu bebé en Medicaid. Los chequeos regulares también mantendrán a tu bebé saludable, así que programa un chequeo a las 2 semanas con el médico de tu bebé.

Consulta prenatal

Lo mejor es programar tu primera consulta prenatal apenas creas que estás embarazada. Tu gineco-obstetra querrá verte en tu primer trimestre y/o dentro de 42 días de inscribirte a Texas Children's Health Plan. ¡Tu bebé tiene mejores oportunidades de nacer sano si consultas con un médico durante tu embarazo! ¡También puedes recibir un **kit gratis de productos esenciales para el embarazo** tras completar tu consulta prenatal del primer trimestre!

Prueba de detección de cáncer cervical

Las pruebas de Papanicolaou y los chequeos de rutina son importantes para la prevención, la detección temprana y el tratamiento de cáncer cervical. Las mujeres de 21 a 65 años deben realizarse un examen de Papanicolaou una vez cada 3 años. Asegúrate de programar una consulta con tu médico o con la clínica de tu comunidad local. ¡Los miembros de STAR pueden recibir una **tarjeta de recompensas de \$25** tras completar un examen de detección de cáncer cervical de rutina! Para obtener más información o para encontrar un médico en tu área, llama al 1-866-959-2555 (STAR).

Mamografía

Las mamografías regulares son importantes para la detección temprana y para el tratamiento del cáncer de mama. Las mujeres de 40 a 69 años deberían realizarse una mamografía cada 2 años. La clave para la buena salud es ser

proactiva. El primer paso es asistir a una consulta con tu médico o la clínica de tu comunidad local. Para obtener más información o hallar un médico en tu área, llama al 1-866-959-2555 (STAR) o 1-866-959-6555 (CHIP).

Programa Healthy Texas Women

El programa Healthy Texas Women ofrece:

- Control de la natalidad
- Prueba de Papanicolaou
- Exámenes de detección y tratamiento para:
 - Diabetes
 - Hipertensión
 - Colesterol alto
 - Depresión posparto
- Orientación para la planificación familiar.
- Pruebas y tratamiento para algunas infecciones de transmisión sexual
- Mamogramas

Tú puedes obtener estos beneficios si:

- Eres una mujer de 18 a 44 años (las mujeres pueden aplicar el mes en que cumplen 18)
- Eres ciudadana o inmigrante legal de los Estados Unidos
- Resides en Texas
- No recibes los beneficios completos de Medicaid, CHIP, o la Parte A o la Parte B de Medicare
- No estás embarazada (por lo general, las embarazadas pierden la cobertura 2 meses después del parto)
- Ganas por debajo de los límites de ingresos mensuales familiares
- Las mujeres de 15 a 17 años necesitan el consentimiento de sus padres para aplicar

Para aplicar, visita www.healthytexaswomen.org o llama al 1-866-993-9972.

PLANIFICACIÓN PARA EL FINAL DE LA VIDA

Life Care Planning (Planificación para el final de la vida) ofrece tranquilidad a las familias. Si ya no eres capaz de proveer cuidados, Life Care Planning te puede ayudar.

Recursos de directiva anticipada y poderes legales

Conexiones de cuidado: Línea de ayuda 1-800-658-8898 o visita caringinfo.org

Las directivas anticipadas son documentos legales que te permiten expresar tus decisiones sobre el final de la vida con anticipación. Proporcionan una forma de que

comuniques tus deseos a tu familia, amigos y profesionales de la salud para evitar confusiones más adelante.

Las directivas anticipadas incluyen: Declaración para tratamiento de salud mental, Directiva para médicos o Formulario de sustitutos, Poder notarial médico, Información de No Reanimación Fuera del Hospital, y Poder legal duradero reglamentario.

Información adicional y formularios pueden ser encontrados en <https://hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/advance-directives>

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Texas Children's Health Plan tiene un Programa de Mejoramiento de la Calidad vigente que trabaja para brindar cuidado y servicios seguros y de alta calidad a sus miembros. Las metas de Texas Children's Health Plan son mejorar la calidad del cuidado, la calidad del servicio, la disponibilidad y el acceso a los servicios de cuidado médico y de salud mental.

Los especialistas de mejoramiento de la calidad, los intermediarios de las relaciones con los proveedores y Servicios para Miembros trabajan en equipo con tus médicos y con el consultorio médico para mejorar la calidad del cuidado y de los servicios que recibes.

Cada año, Texas Children's Health Plan califica su desempeño utilizando los estándares nacionales llamados Conjunto de Información y Datos sobre la Eficacia del Cuidado Médico (Healthcare Effectiveness Data & Information Set) o HEDIS. Nosotros comparamos nuestro desempeño con los promedios nacionales. De esta forma, el plan de salud puede trabajar para mejorar aquellas áreas que se encuentran por debajo del promedio nacional.

Este año, Texas Children's Health Plan tuvo buen desempeño en las siguientes áreas:

- Consultas de chequeos para niños de 3 a 6 años para STAR y CHIP
- Consultas de chequeos para adolescentes para STAR y CHIP
- Estado de vacunación infantil para CHIP
- Cuidado posparto para CHIP
- Consejería de nutrición y actividad física para CHIP

Texas Children's Health Plan no tuvo un desempeño tan bueno en las siguientes áreas:

- Estado de vacunación infantil para STAR

- Consultas de chequeo para niños en los primeros 15 meses de vida (STAR y CHIP)
- Pruebas para niños con infección en la garganta para STAR y CHIP
- Cuidado prenatal para CHIP
- Consulta de seguimiento 7 días después de la hospitalización para enfermedades mentales para STAR

Texas Children's Health Plan trabajará con sus miembros y proveedores para mejorar nuestras calificaciones y para proporcionar servicio y cuidado seguros y de calidad.

Texas Children's Health Plan ha establecido grupos de trabajo para tomar medidas en pos de las mejoras necesarias. Los grupos de trabajo incluyen:

- Consultas de chequeos para niños en los primeros 15 meses de vida
- Cuidado prenatal y de posparto
- Vacunación para adolescentes
- Evaluación y asesoramiento del peso
- Experiencia del miembro y del proveedor

Los equipos y los grupos de trabajo de Texas Children's Health Plan están conformados por varios departamentos, tales como Administración de la Calidad, Administración del Cuidado, Relaciones con los Proveedores, Servicios para Miembros y Marketing y Comunicaciones con la Comunidad.

Los miembros pueden llamar a Servicios para Miembros al 1-866-959-2555 (STAR), 1-866-959-6555 (CHIP), o 1-800-659-5764 (STAR Kids) para obtener más información sobre el Programa de Mejoramiento de la Calidad de Texas Children's Health Plan y sobre el progreso hacia el cumplimiento de las metas.

¡Texas Children's Health Plan se une a los Boys & Girls Clubs!

Brindamos membresías durante el año escolar y el verano para los miembros activos de Texas Children's Health Plan entre 6 y 17 años...**¡sin costo alguno para tu familia!**

Los programas para después de clases incluyen:

Éxito académico • Estilos de vida saludables • Buena conducta y ciudadanía

Para registrarte, visita tu Boys & Girls Club local. Para encontrar un Boys & Girls Club participante, visita bgcgh.org



BOYS & GIRLS CLUBS

¿Preguntas?

Visita texaschildrenshealthplan.org
llama al 1-800-990-8247.