

Manual para Miembros de **STAR**

Para las áreas de servicio de Harris y de Jefferson



**Texas Children's[®]
Health Plan**

Texas Children's Health Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan al 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP) o al 800-659-5764 (STAR Kids) (TTY 7-1-1)

Texas Children's Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. Texas Children's Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Si cree que Texas Children's Health Plan no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Departamento de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo en:

Texas Children's Health Plan
866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 800-659-5764 (STAR Kids) (TTY 7-1-1)
HealthPlan@texaschildrens.org
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 301011, WLS 8314
Houston, Texas 77230-1011

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

La comunicación es importante para nosotros. Los servicios de asistencia lingüística están disponibles sin cargo para usted. Llame al 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 800-659-5764 (STAR Kids) (TTY 711).

Spanish: La comunicación es importante para nosotros: tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Lláme al 1-866-959-2555. (TTY 711)

Vietnamese: Giao tiếp là quan trọng đối với chúng tôi: Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí, có sẵn cho bạn. Hãy gọi 1-866-959-2555 (TTY 711)

Chinese (Simplified): 沟通对我们很重要：您可以免费获得语言援助服务。请致电1-866-959-2555。(TTY 711)

Korean: 커뮤니케이션(소통)은 저희에게 중요합니다. 무료 언어지원 서비스가 제공되며, 1-866-959-2555 번으로 전화로 주시기를 바랍니다. (TTY 711)

Arabic: التواصل مهم: خدمات الدعم اللغوي متاحة لك مجاناً. اتصل بنا رقم 1-866-959-2555 (TTY 711)

Urdu: مواصلات بہت اہم ہے: زبان میں معاونت کی خدمات آپ کو مفت دستیاب ہیں۔ 866-959-2555 پر 1-866-959-2555 (TTY 711) پر 711

Tagalog: Mahalagang makipag-ugnayan tayo: Kung hindi kayo marunong mag-Ingles, maaaring makakuha ng libreng mga serbisyong makakatulong sa inyong umunawa. Tumawag lamang sa 1-866-959-2555. (TTY 711)

French: La communication nous tient à coeur : des services gratuits d'aide linguistique sont à votre disposition. Il vous suffit de composer le 1-866-959-2555. (TTY 711)

Hindi: संवाद हमारे लिए जरूरी है: भाषा संबंधी सेवाएँ नि:शुल्क प्राप्त करने के लिए 1-866-959-2555 पर फोन करें (TTY 711)

Farsi (Persian): مواصلات برای ما حائز اهمیت است: خدمات کمک زبانی ما ترجمه، به صورت رایگان در دسترس شماست. ما شماره 1-866-959-2555 را تماس بگیرید. (TTY 711)

German: Kommunikation ist für uns wichtig: Fremdsprachliche Hilfe steht Ihnen kostenlos zur Verfügung. Bitte rufen Sie 1-866-959-2555 an. (TTY 711)

Gujarati: કૌમ્યુનિકેશન એ અમારા માટે મહત્વનું છે. શાષા સહાયતા સેવાઓ, તમારા માટે વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. કૌમ્યુ 1-866-959-2555. (TTY 711)

Russian: Общение важно для нас: мы предоставляем бесплатную языковую помощь на родном языке – позвоните по номеру 1-866-959-2555 (TTY 711)

Japanese: コミュニケーションは私たちにとても大切です: 語学の言語サービスをご利用いただけます。1-866-959-2555 までお電話ください。(TTY 711)

Laotian: ການສື່ສານແມ່ນສິ່ງທີ່ສຳຄັນຕໍ່ພວກເຮົາ: ພວກເຮົາມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາພາກໃຕ້ແບບບໍ່ຄ່າ. ໂທ 1-866-959-2555. (TTY 711)

Guía rápida — A quién llamar

Si necesita:

Llame al:

Texas Children's Health Plan	<p>Servicios para Miembros, llame al 866-959-2555 o TTY 800-735-2989 (Texas Relay), o al 7-1-1 para averiguar cómo obtener servicios cubiertos para usted o su hijo. El Departamento de Servicios para Miembros atiende de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora central, excepto los feriados aprobados por el estado. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados, nuestro servicio de respuesta también está disponible para ayudarlo o recibir sus mensajes.</p> <p>Un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada al siguiente día hábil. En caso de emergencia, acuda a la sala de emergencias de la red más cercana o llame al 9-1-1. Puede hablar con un representante de miembros en inglés o español. También están disponibles por teléfono intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes.</p>
La atención de un médico	El número de teléfono de su proveedor de atención primaria figura en su tarjeta de identificación. El proveedor de atención primaria está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Tratamiento de salud conductual (mental) o por consumo de drogas	Línea directa de salud conductual y consumo de drogas, al 800-731-8529 para averiguar cómo obtener servicios. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No se necesita derivación del proveedor de atención primaria. La línea directa tiene personas que hablan inglés y español. También están disponibles por teléfono intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes. Si tiene una emergencia y necesita tratamiento de inmediato, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.
Línea de ayuda de enfermería	800-686-3831 o TTY 800-735-2989 (Texas Relay). Los enfermeros registrados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Nota: Esta no es una línea de atención de emergencia). La línea de ayuda cuenta con personas que hablan inglés y español, conocen el Programa STAR, los servicios cubiertos, la población STAR y los recursos del proveedor. Los intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes también están disponibles por teléfono.
Administración de casos	Para inscribirse en la coordinación asistencial, comuníquese directamente con nosotros al 832-828-1430 o puede hacerlo al 844-780-1154.
Atención de emergencia	Vaya a una sala de emergencias de un hospital dentro de la red. Si la situación es potencialmente mortal, diríjase al centro de emergencias más cercano. No necesita una derivación del proveedor de atención primaria.
Atención de urgencia	El proveedor de atención primaria o la línea de ayuda de enfermería de Texas Children's Health Plan al 800-686-3831, TTY 800-735-2989 o 7-1-1.
Atención hospitalaria	El proveedor de atención primaria, quien coordinará la atención que necesita.
Planificación familiar	El proveedor de atención primaria, un obstetra/ginecólogo de la red o un proveedor de planificación familiar de Medicaid. No necesita una derivación del proveedor de atención primaria.
Atención de la vista	Envolve Vision, llame al 844-683-2305. No se necesita derivación del proveedor de atención primaria.
Medicamentos recetados	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 para conocer los nombres de las farmacias participantes o para obtener ayuda para abastecer una receta. El Departamento de Servicios para Miembros atiende de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora central, excepto los feriados aprobados por el estado.
Servicios dentales* (para menores de 21 años)	<p>El plan dental de Medicaid de su hijo. Su hijo tendrá uno de los siguientes planes dentales.</p> <ul style="list-style-type: none">• DentaQuest 800-516-0165• MCNA Dental 800-494-6262• UHC Dental 800-516-0165 <p>También se encuentra en la tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas de su hijo. Si no sabe cuál es el plan dental de Medicaid de su hijo, llame a la línea de ayuda de STAR al 800-964-2777.</p>
Cuidado dental para adultos	FCL Dental, cuidado dental para adultos de 21 años o más, llame al 866-548-8123.
Transporte al médico	Servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT), al 888-401-0170 o TTY 800-735-2989 (Texas Relay) o al 7-1-1. Los servicios de NEMT para la programación de viajes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Los servicios de Where's My Ride para actualizaciones de viaje están disponibles de lunes a sábado de 5 a. m. a 7 p. m. En todos los números atienden personas que hablan inglés y español. También están disponibles por teléfono intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes.
Información de inscripción de Medicaid	Línea de ayuda de STAR, llame al 800-964-2777.
Información de atención administrada	STARLINE 713-767-3919 o 800-411-9929.
Elegibilidad y renovación de Medicaid	Trabajador social de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HSSC), marque 2-1-1.
Equipo de asistencia del servicio de atención administrada del defensor del pueblo	Llame al 866-566-8989, TTY 866-222-4306.
Programa para mujeres, bebés y niños (WIC)*	Llame al 800-942-3678.

*Texas Children's Health Plan no cubre estos servicios. Puede obtenerlos directamente de un proveedor de Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas.

Índice

Bienvenidos a Texas Children's Health Plan	5
¿Cómo funciona el plan?	
El proveedor de atención primaria.	6
Cambiar de proveedor de cuidado primario	6
El proveedor de atención primaria también puede solicitar cambios	7
Si su proveedor de atención primaria abandona Texas Children's Health Plan.	7
Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan	7
Cómo leer su tarjeta de identificación.	8
Cómo utilizar su tarjeta de identificación	8
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid	8
El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid.	8
Beneficios y servicios	
Beneficios y servicios	10
¿Qué es Texas Health Steps?	11
Servicios que no están cubiertos	11
Trabajadores agrícolas inmigrantes.	12
Beneficios adicionales ofrecidos a los miembros de Texas Children's Health Plan	12
Cómo recibir atención	13
Atención de rutina	14
Atención médica urgente	14
Atención fuera del horario laboral.	14
Atención médica de emergencia	14
Atención de posestabilización	15
Desea recibir atención cuando esté lejos de casa	15
Atención especializada, remisiones y autorización previa.	15
Segundas opiniones.	16
Servicios que no requieren una remisión de su proveedor de atención primaria.	16
Proceso de autorización previa	16
Atención de obstetricia y ginecología	16
¿Qué debo hacer si estoy embarazada?	17
Programa de Recompensas Saludables para un embarazo saludable.	17
Atención al recién nacido	18
Healthy Texas Women	18
Programa Atención Primaria de Salud del DSHS	18
Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS.	19
Programa de Planificación Familiar del DSHS	19
Servicios de planificación familiar	19
Servicios hospitalarios	19
Servicios de atención médica a domicilio.	19
Servicios de ambulancia	20
Servicios de audiología	20
Servicios de salud mental y por consumo de drogas.	20
Otros servicios o programas de Medicaid	20
Otros programas	20
Beneficios de medicamentos recetados.	20
Suministro de recetas de emergencia	22
Programa de limitación de Medicaid	23
Servicios dentales	23
Atención de la vista	23
SERVICIOS de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT)	23
¿Qué es la coordinación asistencial?	24
Miembros con necesidades de atención médica especiales.	24
Administración de Casos de Embarazadas y Bebés (CPW).	25
Servicios para miembros	
Servicios para miembros.	26
Cómo apoyar nuestra diversa membresía	26
Servicios de intérpretes y traducción.	26
Ayuda para las personas con discapacidad visual	26
Dispositivo telefónico para personas sordas (TTD)	26
Materiales para miembros en inglés y español	26
Cambios en su plan.	26
¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico?	
¿A quién llamo?	26
Cambios en Texas Children's Health Plan	27
Cómo cambiar de plan de salud.	27
Su plan de salud también puede solicitar cambios.	27
Renueve sus beneficios de Medicaid a tiempo.	27
Cómo renovar	28
Asistencia para la Adopción y Ayuda para el Cuidado de Permanencia (AAPCA)	28
Derechos y responsabilidades	
Revisión de nuevos procedimientos médicos	29
Instrucciones anticipadas	29
Divulgación de información	29
Información que puede solicitar y recibir de Texas Children's Health Plan cada año.	29
Medicaid y el seguro privado	30
Planes de incentivo para médicos.	30
Su privacidad	30
Cuando no está satisfecho o tiene una queja	30
Apelaciones.	31
¿Qué es una audiencia imparcial del estado?	32
Información de revisión médica externa	32
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	33
Fraude y abuso	35
¿Qué significa "medicamente necesario"?	35
Términos y definiciones	37

Bienvenidos a Texas Children's Health Plan

Nos complace que haya elegido Texas Children's Health Plan para su familia. Texas Children's Health Plan fue fundado en 1996 por Texas Children's Hospital. Texas Children's Health Plan es la primera organización de atención administrada (MCO) del país creada solo para niños. Texas Children's Health Plan tiene más de 500,000 miembros. El personal y el grupo de más de 1,200 proveedores, 500 especialistas y 150 hospitales ofrecen a nuestros miembros un excelente servicio y atención al paciente. Texas Children's Health Plan también ofrece excelentes servicios para mujeres embarazadas y adultos. Como miembro, tendrá programas para mujeres embarazadas y nuestro programa de administración de enfermedades para miembros con necesidades especiales de atención médica. También ofrecemos eventos especiales, como clínicas de fútbol GRATUITAS y días de cine para nuestros miembros.

Este manual lo ayudará a saber cómo funciona su plan de salud. Le indica qué esperar y cómo aprovechar al máximo su cobertura. Incluye información sobre lo siguiente:

- Cómo recibir atención cuando está enfermo.
- Cómo cambiar de médico.
- Qué hacer si se enferma mientras está fuera de la ciudad o cuando el consultorio de su médico está cerrado.
- Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan.
- Cómo llamar al plan de salud cuando tenga preguntas o necesite ayuda.
- Qué beneficios y servicios están cubiertos.
- Servicios adicionales ofrecidos por Texas Children's Health Plan.

Tómese unos minutos y lea detenidamente este manual. Si tiene problemas para entender, leer o ver la información de este manual, nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden ofrecerle servicios especiales para satisfacer sus necesidades. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555. Si es necesario, puede recibir este manual en audio, letra más grande, sistema Braille y en otros idiomas.

Para nosotros es importante que se mantenga sano. Es por eso que queremos que reciba controles regulares y vacunaciones para el niño sano. También es importante iniciar y mantener una relación con un proveedor de atención primaria. Un proveedor de atención primaria puede ser un médico o una clínica que le brinda la mayor parte de su atención médica. Usted y el médico deben trabajar juntos para que usted pueda estar sano y puedan cuidarlo cuando no esté bien. Estas son 4 recomendaciones importantes que debe seguir para aprovechar al máximo su cobertura médica:

1. Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan y su tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas. Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan y su tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas son las claves para recibir atención. Muéstrelas cada vez que visite a un médico, hospital o reciba un medicamento recetado. No permita que nadie más use su tarjeta.
2. Manténgase concentrado en la prevención. Como nuevo miembro, debe hacerse su primer control en menos de 90 días calendario después de inscribirse en Texas Children's Health Plan. Los recién nacidos deben recibir atención médica de 3 a 5 días después del nacimiento. Durante su primera visita, el proveedor de atención primaria se informará sobre sus necesidades de atención médica para ayudarlo a mantenerse sano.
3. Primero, llame a su proveedor de atención primaria para recibir atención que no sea de emergencia. Siempre llame primero a su médico, a menos que sea una emergencia. De esa manera, este puede ayudarlo a recibir la atención que necesita.
4. Conserve este manual y el resto de la información del paquete para uso futuro.

Nos alegra que haya elegido Texas Children's Health Plan. Es un placer servirle. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555, TTY 800-735-2989 (Texas Relay), o al 7-1-1. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados, nuestro servicio de respuesta también está disponible para ayudarlo o recibir sus mensajes. Un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada al siguiente día hábil.

Cómo funciona el plan

El plan STAR de Texas Children's Health Plan le ofrece una amplia variedad de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud. También le brindamos el apoyo y la ayuda que necesita para aprovechar al máximo su plan.

El proveedor de atención primaria

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Cuando se inscribió en el plan, eligió o se le asignó un proveedor de atención primaria. Este será su médico principal para la atención médica habitual.

Piense en su proveedor de atención primaria como su hogar médico. Si está enfermo, necesita un control o si tiene alguna pregunta médica, llame a su proveedor de atención primaria.

Tener una buena relación con su proveedor de atención primaria lo ayudará a estar sano. Este sabrá cuál es el problema que usted puede tener y podrá ayudarlo a elegir cuál es la atención adecuada para usted.

Si necesita ver a un especialista u hospital, el proveedor de atención primaria le dará una remisión cuando sea necesario. Una remisión es cuando el proveedor de atención primaria coordina para que usted vaya a otro médico. Le indicará exactamente qué tipo de especialista o prueba necesita para tratar su enfermedad o afección.

La mayoría de las veces, deberá obtener una remisión para ir a otro médico. Si no obtiene una remisión, deberá pagar los servicios usted mismo.

Puede obtener más información sobre cómo recibir atención de especialistas u hospitales en la sección de atención especializada y remisiones más adelante en este manual.

¿Cómo averiguo quién es mi proveedor de atención primaria?

El proveedor de atención primaria figura en su tarjeta de identificación de miembro. También puede llamarnos al 866-959-2555 para averiguarlo.

¿Cómo puedo elegir a un proveedor de atención primaria?

Puede elegir cualquier proveedor de atención primaria de la red de Texas Children's Health Plan para que sea su médico principal. Cada persona que viva en su hogar y sea miembro puede elegir el mismo proveedor de atención primaria o uno diferente. Puede buscar fácilmente un médico en nuestro sitio web: texaschildrenshealthplan.org/doctor.

Podemos ayudarlo a encontrar un médico. Llámenos al 866-959-2555.

¿Una clínica puede ser un proveedor de atención primaria?

Sí. Los proveedores de atención primaria pueden ser:

- Médicos de familia
- Pediatras (para niños y adolescentes)
- Médicos de medicina general
- Médicos de medicina interna
- Enfermeros de práctica avanzada (ANP)
- Clínicas de salud con calificación federal (FQHC)
- Clínicas de salud rurales (RHC)
- Clínicas comunitarias

Es importante que conozca a su proveedor de atención primaria. También es importante que le informe al médico todo lo que pueda sobre su salud. El proveedor de atención primaria lo conocerá, le hará controles regulares y lo tratará cuando esté enfermo. Es importante que siga los consejos del proveedor de atención primaria y que participe en las decisiones sobre su atención médica.

No es bueno esperar hasta que se enferme para conocer a su proveedor de atención primaria. Programe su primer chequeo de Texas Health Steps o chequeo de bienestar para adultos de inmediato. Debe realizarse este chequeo en los primeros 90 días (aproximadamente 3 meses) después de inscribirse en Texas Children's Health Plan. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a programar su visita. También podemos ayudarlo a conseguir transporte al consultorio de su médico. Llame a nuestra línea de transporte al 346-232-4130 o al 888-401-0170.

¿Un especialista puede considerarse un proveedor de atención primaria?

En ocasiones, Texas Children's Health Plan permitirá que un especialista sea su proveedor de atención primaria. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555 para obtener más información. El proveedor de atención primaria u otro médico que trabaje con el proveedor está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cambiar de proveedor de cuidado primario

Siempre puede elegir cambiar su proveedor de atención primaria.

¿Cómo encuentro un médico nuevo?

Puede encontrar fácilmente un médico utilizando nuestra herramienta en línea Find a doctor (Encontrar un médico). Solo visite texaschildrenshealthplan.org/doctor.

También puede llamar a Servicios para Miembros al 866-959-2555. Nos complacerá ayudarlo a elegir un nuevo proveedor de atención primaria o enviarle una copia de nuestro directorio de proveedores.

Nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden informarle lo siguiente:

- Horario de atención del consultorio médico.
- Idiomas que habla el médico y el personal en el consultorio.
- Especialidad del médico.
- Límites de edad del paciente.
- Restricciones para aceptar nuevos pacientes.

No se cambie a un nuevo proveedor de atención primaria sin informarnos. Si acude a un nuevo proveedor de atención primaria sin informarnos, es posible que deba pagar por los servicios.

¿Existen motivos por los que no se puede aprobar una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria?

A veces, es posible que no pueda tener el proveedor de atención primaria que eligió. Esto sucede cuando el proveedor de atención primaria que usted eligió:

- No puede atender a más pacientes.
- No atiende a pacientes de su edad.
- Ya no forma parte de Texas Children's Health Plan.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de atención médica llamando al 866-959-2555 o escribiendo a:

Texas Children's Health Plan
 Member Services Department
 PO Box 301011, NB 8360
 Houston, TX 77230

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de proveedor de atención primaria?

Cuando cambie de proveedor de atención primaria, el cambio entrará en vigencia de inmediato. Se le enviará por correo una nueva tarjeta de identificación de miembro. La tarjeta de identificación tendrá el nombre y el número de teléfono de su nuevo proveedor de atención primaria. Asegúrese de que sus registros médicos se envíen a su nuevo médico.

No es necesario que cambie de plan de salud para cambiar de proveedor de atención primaria.

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi médico?

Y puede obtener más información sobre su médico, como su especialidad o si ofrece servicios de telemedicina, haciendo clic en el enlace "Find a doctor" (Encontrar un médico) en nuestro sitio web texaschildrenshealthplan.org.

El proveedor de atención primaria también puede solicitar cambios

¿Puede el proveedor de atención primaria trasladarme a otro proveedor de atención primaria por falta de cumplimiento?

El proveedor de atención primaria puede pedirle que elija a otro proveedor de atención primaria si:

- No acude a las visitas y no llama para avisar que no asistirá.
- A menudo llega tarde a sus visitas.
- No sigue los consejos de su proveedor de atención primaria.
- No se lleva bien con el personal del consultorio del proveedor de atención primaria.

Si el proveedor de atención primaria le pide que cambie a un nuevo proveedor de atención primaria, le enviaremos una carta. En la carta se le indicará que debe elegir un nuevo proveedor de atención primaria. Si no elige un nuevo proveedor de atención primaria, se elegirá uno por usted.

Si su proveedor de atención primaria abandona Texas Children's Health Plan

¿Qué sucede si mi proveedor de atención primaria se retira?

Si el proveedor de atención primaria decide finalizar su participación en Texas Children's Health Plan, le informaremos en menos de 15 días (aproximadamente 2 semanas) de conocer la decisión del médico. También puede elegir otro proveedor de atención primaria. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555. Un representante de miembros lo ayudará a realizar el cambio.

Si recibe tratamientos médicamente necesarios, es posible que pueda seguir con ese médico si este está dispuesto a atenderlo. Cuando encontremos un nuevo proveedor de atención primaria en nuestra lista que pueda brindarle el mismo tipo de atención, cambiaremos su proveedor de atención primaria.

¿Qué sucede si elijo ir a otro médico que no sea mi proveedor de atención primaria?

Llame siempre a Servicios para Miembros para cambiar de proveedor de atención primaria antes de programar una visita con otro médico. Si decide ir a otro médico que no es su proveedor de atención primaria, el médico puede negarse a atenderlo o quizá deba pagar por la atención.

Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan

Usted y cada persona de su familia con cobertura de Texas Children's Health Plan tendrán una tarjeta de identificación personal de miembro.

¿Qué necesito llevar a la cita con el médico?

Lleve siempre esta tarjeta con usted. Deberá mostrarla a todos los proveedores de atención médica antes de recibir los servicios médicos. Informa a los proveedores qué plan de Texas Children's Health Plan tiene usted. Si no muestra su tarjeta de identificación, el médico puede negarse a atenderlo o es posible que deba pagar por los servicios que reciba.

Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555 si necesita consultar a su proveedor de atención primaria antes de obtener su nueva tarjeta de identificación. Lo llamaremos y le informaremos a su médico que usted es miembro de Texas Children's Health Plan.

A continuación, se muestra una copia de la tarjeta de identificación de miembro. La parte delantera muestra información valiosa sobre usted. También tiene su número de identificación de Medicaid y el nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria. La sección inferior de la tarjeta de identificación de miembro tiene números de teléfono importantes para que llame si necesita ayuda para utilizar los servicios de salud.

Cómo leer su tarjeta de identificación

La parte delantera y trasera de su tarjeta de identificación muestra lo siguiente:

- Su nombre y número de identificación.
- Su fecha de nacimiento.
- El nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria.
- El número de teléfono de Servicios para Miembros.
- El número de teléfono de salud conductual/consumo de drogas.
- El número de teléfono de Atención de la vista.
- El número de teléfono de la línea de ayuda de enfermería.

Tan pronto como reciba la tarjeta de identificación de miembro, verifique que la información sea correcta. Llame a Servicios para



Miembros si encuentra un error. Corregiremos la información y le enviaremos una tarjeta nueva.

No permita que otras personas usen su tarjeta de identificación de miembro. Si pierde o le roban la tarjeta, llame a Servicios para Miembros. Un representante de Servicios para Miembros le enviará una tarjeta nueva.

Cómo utilizar su tarjeta de identificación

- Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas cada vez que vaya al consultorio de un proveedor.
- No permita que otras personas usen su tarjeta.
- Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555 si no tiene una tarjeta de identificación de miembro.
- Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555 si pierde o le roban su tarjeta de identificación de miembro.
- Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555 si se muda o cambia su número de teléfono.

Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

Cuando alguien es aceptado en el programa Medicaid, recibe la tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta habitual de Medicaid. Debe llevarla consigo debidamente protegida, tal y como lo hace con la licencia de manejar o las tarjetas de crédito. Cuando usted vaya a una cita médica, el consultorio puede usar la tarjeta para verificar que usted es beneficiario de Medicaid.

La tarjeta YTB de Medicaid tiene estos datos impresos en el frente:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- La fecha en que se le envió la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito si recibe:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa Healthy Texas Women (HTW)
 - Atención para pacientes terminales
 - Programa STAR Health
 - Medicaid de Emergencia, o
 - Presunción de derecho a beneficios (PE) para mujeres embarazadas.
- Los datos que la farmacia necesitará para enviar el cobro a Medicaid.



- Si está en el programa Lock-in de Medicaid, el nombre de su médico y farmacia.

En el reverso de la tarjeta YTB de Medicaid, aparecen un sitio web (www.YourTexasBenefits.com) y un número de teléfono (800-252-8263), recursos que puede usar si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Se emitirá una sola tarjeta YTB y recibirá una nueva solo si la pierde o si se la roban. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando al 800-252-8263 o pedir e imprimir una tarjeta temporal a través de www.YourTexasBenefits.com.

Si pierde la tarjeta Texas Benefits de Medicaid y necesita una prueba rápida de elegibilidad, la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, por sus siglas en inglés) aún puede brindarle un Formulario de verificación de elegibilidad temporal de Medicaid (Formulario 1027-A). Debe solicitar el formulario temporal en persona en la oficina de beneficios de HHSC. Para encontrar la oficina más cercana, llame al 2-1-1 (elijá un idioma y luego seleccione la opción 2).

Debe llevar el Formulario 1027-A o su tarjeta de identificación YTB con usted cuando reciba cualquier servicio de atención médica.

Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, llame al 800-252-8263 para informarse. También puede llamar al 2-1-1. Seleccione un idioma primero y después oprima el 2.

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo siguiente (tanto para usted como para otra persona a cuya información médica o dental tenga acceso):

- Ver, imprimir o pedir una nueva tarjeta de YTB de Medicaid
- Ver sus planes de seguro médico y dental
- Ver los detalles de sus beneficios
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas
- Ver las alertas públicas
- Ver los diagnósticos y tratamientos
- Ver su historial de vacunas
- Ver los medicamentos recetados
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

TPara acceder al portal, visite www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en **Entrar al sistema**.
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta**.
- Haga clic en **Maneje su cuenta o sus aplicaciones**.
- Vaya a la sección "**Quick links**" (Enlaces rápidos).
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP**.
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponibles**.

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

Beneficios y servicios

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Texas Children's Health Plan incluye todos los beneficios y servicios básicos de Medicaid. Esta es una lista de los servicios que puede recibir:

Beneficios y servicios cubiertos	Limitaciones
Atención médica necesaria para adultos y niños, incluidos controles de niños sanos, vacunas y controles médicos de Texas Health Steps	
Tratamiento de mejora para el autismo, análisis del comportamiento aplicado (ABA) y tratamiento del Programa de atención integral de Texas Health Steps (THSteps-CCP)	Los miembros deben tener 20 años de edad o menos. Requiere autorización previa.
Vacunas para prevenir enfermedades	
Atención hospitalaria para pacientes internados	
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios	
Servicios profesionales	
Servicios de laboratorio	
Servicios de radiografías	
Cirugía para pacientes ambulatorios	
Atención de maternidad	
Atención al recién nacido	
Chequeo físico anual para adultos	
Atención de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias	
Chequeos de la vista	Menores de 20 años, un examen cada 12 meses. Adultos de 21 años o más, un examen cada 24 meses.
Anteojos	Los anteojos deben ser médicamente necesarios. Los lentes de contacto requieren autorización previa y deben ser el único medio para corregir el defecto de la vista. Adultos de 21 años o más: Los anteojos se pueden reemplazar cada 24 meses. Los reemplazos de anteojos por pérdida o robo no están cubiertos. Los cargos por reparaciones no están cubiertos.
Servicios de audición	Adultos de 21 años o más: el beneficio se limita un dispositivo para la audición cada 6 años (72 meses).
Audífonos	
Servicios de agencia de atención médica a domicilio	
Ambulancias (solo para emergencias)	
Diálisis para problemas renales	
Genética (detección de enfermedades hereditarias)	
Trasplantes de órganos principales	
Terapia física, ocupacional y del habla	
Servicios y suministros de planificación familiar	
Servicios de salud mental	
Consumo de sustancias (drogas o alcohol)	
Suministros para diabéticos	
Servicios de quiropraxia	
Servicios de podología (pies)	12 visitas por año.
Educación sobre salud	
Suministros y equipos médicos	
Transporte a visitas médicas	
Educación sobre tuberculosis (TB)	

¿Existen límites para los servicios cubiertos? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?

Puede haber límites en algunos servicios. ¿Tiene preguntas? Llame al 866-959-2555.

¿Qué es Texas Health Steps?

¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

Texas Health Steps es el programa de atención médica de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes de STAR y STAR Kids, desde el nacimiento hasta los 20 años.

Pasos Sanos de Texas le brinda al niño:

- Exámenes médicos periódicos gratis, a partir del nacimiento.
- Exámenes dentales gratis a partir de los 6 meses.
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtener estos servicios.

Los exámenes de Pasos Sanos de Texas:

- Encuentran problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Evitan problemas de salud que dificultan que su hijo aprenda y crezca como otros niños de su edad.
- Ayudan a su hijo a tener una sonrisa sana.

Cuándo programar un examen:

- Usted recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas que dice cuándo le toca un examen. Llame al doctor o dentista de su hijo para programar un examen.
- Haga la cita para la hora que le convenga más a su familia.

Si el doctor o el dentista encuentra un problema de salud durante un control, su hijo puede recibir la atención que necesita, por ejemplo:

- Exámenes de la vista y anteojos.
- Pruebas de la audición y audífonos.
- Servicios dentales.
- Otros tipos de atención médica.
- Tratamiento de otros padecimientos médicos.

Llame a Texas Children's Health Plan 866-959-2555 o a Texas Health Steps al 877-847-8377 (877-THSTEPS) si:

- Necesita ayuda para encontrar a un doctor o dentista.
- Necesita ayuda para programar un examen.
- Tiene preguntas sobre los exámenes o sobre Pasos Sanos de Texas.
- Necesita ayuda para encontrar y recibir otros servicios.

Si no tiene cómo llevar a su hijo al control, Medicaid tal vez pueda ayudar. Los niños con Medicaid y sus padres reciben transporte gratis de ida y vuelta al doctor, dentista, hospital o a la farmacia. Comuníquese con su MCO para obtener más información.

Texas Children's Health Plan abarca hospitales, proveedores de atención primaria y servicios médicos relacionados con las afecciones mencionadas anteriormente. Esto incluye los servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia u otros medicamentos. Texas Children's Health Plan también es responsable de pagar el tratamiento y los dispositivos para anomalías craneofaciales. El plan dental de

Medicaid de su hijo ofrece todos los otros servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

¿Debe mi médico formar parte de la red de Texas Children's Health Plan? ¿Debo contar con una remisión?

Puede consultar a cualquier médico o dentista que brinde los servicios de Texas Health Steps. No es necesario que el médico esté en la red de Texas Children's Health Plan. No necesita una remisión para recibir los servicios de Texas Health Steps de un proveedor de dichos servicios que no sea su proveedor de atención primaria.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 o a Texas Health Steps al 877-847-8377 para conocer los nombres de los médicos y dentistas que prestan servicios de Texas Health Steps.

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo necesita realizarse un chequeo de Texas Health Steps?

Las visitas al consultorio para recibir servicios de Texas Health Steps cuando su hijo está fuera de la ciudad, pero dentro de Texas Health and Human Services, estarán cubiertas si obtiene servicios de un proveedor de Texas Health Steps.

¿Cómo y cuándo realizo los chequeos médicos y dentales de Texas Health Steps para mi hijo?

Lo ayudaremos a llevar un registro de los servicios que su hijo necesita para estar sano. Cuando se deba realizar un chequeo de Texas Health Steps o se deba aplicar una vacuna a su hijo, le enviaremos una postal o lo llamaremos para recordarle que programe una cita. También podemos ayudarlo a obtener servicios de transporte. Llame a nuestra línea de transporte al 346-232-4130 o al 888-401-0170.

Los controles médicos y dentales de Texas Health Steps pueden ayudar a encontrar y tratar problemas de salud antes de que empeoren. El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas paga los servicios dentales para niños, por lo que necesitará su tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas para recibir los servicios. Los controles dentales deben realizarse cada 6 meses a partir de los 12 meses de edad.

¿Qué hago si debo cancelar una cita?

Si no puede asistir a una visita para recibir los servicios de Texas Health Steps, llame al consultorio del médico lo antes posible para informar esta situación. Lo mejor es informar al consultorio al menos 24 horas antes de su cita.

Si no mantiene actualizados los chequeos y vacunas de Texas Health Steps de usted o de sus hijos, su cheque de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) se podría reducir.

Servicios que no están cubiertos

¿Qué servicios no están cubiertos?

Algunos servicios que no están cubiertos son los siguientes:

- Tratamiento de infertilidad
- Autopsias

- Servicios experimentales y de investigación, incluidos medicamentos y equipos
- Cualquier servicio recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Cirugía estética
- Operaciones de cambio de sexo
- Reversión de la esterilización
- Atención médica de un médico o proveedor que no acepta Texas Medicaid
- Servicios que no son médicamente necesarios

Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener una lista completa de los servicios que no están cubiertos.

Usted tiene derecho a conocer el costo de los servicios que no estén cubiertos antes de recibir dichos servicios. Si acepta obtener servicios que no cubrimos, es posible que deba pagarlos.

Este aviso se aplica a todos los miembros del plan STAR de Texas Children's Health Plan de 20 años o menos.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HSSC) resolvió una demanda que afecta servicios de enfermería privada, enfermería especializada a domicilio, equipo y suministros médicos duraderos y servicios de cuidado personal para beneficiarios de Medicaid de 20 años o menos. Puede obtener una copia del acuerdo de resolución en www.hhsc.state.tx.us y www.advocacyinc.org. Si tiene alguna pregunta, llame a Advocacy, Inc. al 713-974-7691 y al 800-880-0821.

Trabajadores agrícolas inmigrantes

¿Qué es un trabajador agrícola migrante?

Un trabajador agrícola migrante es una persona que trabaja en granjas como trabajador de campo o como empacador de alimentos durante determinadas épocas del año. Los trabajadores agrícolas migrantes se mudan de un lugar a otro según donde se encuentren los cultivos. Contamos con servicios adicionales para trabajadores agrícolas migrantes y sus hijos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 si usted es miembro de una familia de trabajadores agrícolas migrantes. Nosotros podemos:

- Ayudarlo a elegir un proveedor de atención primaria.
- Ayudarlo a programar sus citas.
- Ayudarlo a obtener transporte hasta el médico.
- Informe al proveedor de atención primaria que sus hijos de-ben ser atendidos antes de que abandonen Texas para su próximo trabajo agrícola.

¿Qué pasa si soy un trabajador agrícola migrante?

Si piensa salir de la región, puede recibir su examen más pronto.

Beneficios adicionales ofrecidos a los miembros de Texas Children's Health Plan

¿Qué beneficios adicionales obtiene un miembro de Texas Children's Health Plan? ¿Cómo obtengo mis medicamentos? ¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?

Cuando se une a Texas Children's Health Plan, usted o su hijo tienen acceso a beneficios adicionales que Medicaid no ofrece. Estos beneficios se denominan servicios de valor agregado y forman parte de nuestro Programa de recompensas de salud. Los servicios adicionales disponibles para miembros de 20 años o menos pueden ser diferentes de los cubiertos para miembros de 21 años o más. La buena salud comienza aquí. Comience a disfrutar de estos beneficios mientras lo ayudamos a planificar un futuro saludable. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte delantera de su tarjeta de identificación o visite healthyrewardsprogram.org.

Los beneficios del Programa de recompensas de salud se dividen en cuatro categorías y todos se pueden canjear en healthyrewardsprogram.org.

Embarazo saludable

- **Clases de cuidados básicos del bebé:** Participe en cualquiera de estas clases prenatales y reciba 2 paquetes de pañales para recién nacidos sin costo alguno:
 - Atención al recién nacido
 - Capacitación sobre RCP de bebés
 - Seguridad en el asiento del automóvil
 - Conceptos básicos de lactancia y mucho más
- **Clases educativas sobre el parto:** Aprenda todo desde las etapas del trabajo de parto hasta las opciones de parto y reciba 2 paquetes de pañales para recién nacidos sin costo alguno por participar en la clase.
- **Recompensa del certificado GED:** Envíe los resultados de la prueba de GED junto con el comprobante de pago y reciba una tarjeta de recompensa de hasta \$145.*
*(La cantidad se determinará según el número de personas que completaron la prueba [\$36.25 por persona]).
- **Comidas para mamás:** Informe a Texas Children's Health Plan sobre su embarazo y reciba una vez al mes una comida saludable sin costo para una familia de 4 integrantes, desde el segundo trimestre de su embarazo y hasta 2 meses después de dar a luz, durante un total de 8 meses.
- **Recompensa de cuna o corralito portátil:** Informe a Texas Children's Health Plan hasta 14 días después de dar a luz y reciba una cuna portátil que se pliega como un corralito sin costo alguno.

Salud y bienestar

- **Recompensa por cáncer de cuello uterino:**
 - Realícese una prueba de detección de cáncer de cuello uterino durante el examen anual de bienestar para mujeres y obtenga una tarjeta de recompensa de \$25 (de 21 a 64 años).
- **Recompensa por control de la diabetes:**
 - Realícese un examen de la vista (de retina o de ojo dilatado) para pacientes diabéticos una vez al año y obtenga una tarjeta de recompensa de \$25 (mayores de 18 años).

- Realícese un análisis de sangre de HbA1c cada 6 meses y obtenga una tarjeta de recompensa de \$50 (a partir de los 18 años). (Recompensa máxima de \$100 por año)
- Realícese un análisis de la función renal que incluya la filtración glomerular estimada (eGFR) y la proporción de albúmina-creatinina urinaria (UACR) y obtenga una tarjeta de recompensa de \$50 (a partir de los 18 años).
- **Recompensa por logros educativos:**
 - Obtenga un registro de asistencia del 95 % o más al final del año escolar y reciba una tarjeta de recompensa de \$25 por semestre (grados 9 a 12). (Límite de 2 tarjetas de recompensa por año escolar)
 - Obtenga un GPA de 3.5 o más al final del año escolar y reciba una tarjeta de recompensa de \$25 por semestre (grados 9 a 12). (Límite de 2 tarjetas de recompensa por año escolar)
- **Recompensa por finalización de GED:** Envíe los resultados de la prueba de GED junto con el comprobante de pago y reciba una tarjeta de recompensa por un máximo de \$145 (a partir de los 17 años). (La cantidad se determinará según el número de personas que completaron la prueba [\$36.25 por persona]).
- **Eventos especiales de educación sobre salud:** Obtenga información sobre hábitos saludables y diviértase en familia en nuestros eventos especiales, como actividades estacionales y eventos comunitarios.
- **Recompensa por visita de seguimiento de salud mental:** Haga una visita de seguimiento de salud mental hasta 7 días después del alta de un hospital o centro de salud mental, y obtenga una tarjeta de recompensa de \$25 (a partir de los 6 años).
- **Beneficio de la vista:** Reciba una mejora de \$110 para anteojos con marco o una bonificación de \$90 para lentes de contacto o ajustes de contacto (hasta los 18 años).
- **Recompensa por chequeos médicos de niño sano:**
 - Realice 3 chequeos médicos de niño sano antes de los 15 meses de edad y obtenga una tarjeta de recompensa de \$50.
 - Realice 6 chequeos médicos de niño sano antes de los 15 meses de edad y obtenga una tarjeta de recompensa de \$100.
 - Realice un chequeo anual entre los 18 y los 21 años, y reciba una tarjeta de recompensa de \$25.

Juegos y ejercicios saludables:

- **Membresías de Boys & Girls Clubs of America:** Disfrute de membresías de verano y año escolar sin costo en los clubes Boys & Girls Clubs of America participantes (de 6 a 17 años).

- **Asistencia para el pago de actividades extracurriculares:** Inscríbase en una actividad extracurricular a través de un programa escolar o comunitario, y obtenga una tarjeta de recompensa de \$50 (de 5 a 21 años).
- **Clínicas de fútbol:** Actividad física y habilidades de entrenadores expertos en nuestras clínicas de fútbol sin costo (de 3 a 18 años). (Registro por orden de llegada; en Harris solamente).
- **Exámenes físicos para realizar deportes y presentar en la escuela:** Examen físico anual para realizar deportes o presentar en la escuela sin costo con el proveedor de atención primaria (de 5 a 19 años). (Debe haber realizado un chequeo de rutina de niño sano en los últimos 12 meses)

Ayuda adicional para familias:

- **Línea de ayuda de enfermería las 24 horas:** Nuestros enfermeros están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo con consejos e información sobre sus inquietudes médicas.
- **Servicios de transporte:** Obtenga transporte sin costo para citas médicas, farmacia y clases o eventos de Texas Children's Health Plan.
- **Servicios dentales:** Los beneficios incluyen un examen oral completo, 2 exámenes de rutina, 2 limpiezas, extracciones de rutina, radiografías, empastes y exámenes de emergencia por período de 12 meses (mayores de 21 años).

Pueden aplicarse restricciones y limitaciones. El intervalo de edad puede variar. Beneficios adicionales válidos desde el 1 de septiembre de 2021 hasta el 31 de agosto de 2022.

Visite healthyrewardsprogram.org para obtener información más detallada.

Cómo recibir atención

Cómo programar su visita

Para recibir atención, primero llame al consultorio de su proveedor de atención primaria. El número de teléfono figura en su tarjeta de identificación de miembro. Pueden ayudarlo a programar una visita. Si necesita atención médica el mismo día, llame al proveedor de atención primaria lo antes posible. Recuerde que puede comunicarse con el proveedor de atención primaria u otro médico que lo atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No espere más de 14 días (aproximadamente 2 semanas) para visitar a su proveedor de atención primaria. Si el proveedor de atención primaria no puede atenderlo antes de los 14 días (aproximadamente 2 semanas) o si tiene problemas con este, llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555.

Cuando llame:

- Tenga su tarjeta de identificación de miembro con usted.
- Esté preparado para informar al médico su problema de salud o el motivo de la visita.
- Anote el día y la hora de la visita.

¿Qué debe llevar a la visita:

- Su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas.
- Medicamentos recetados que está tomando.
- Algo con lo que pueda anotar la información que le dé el médico.

Si es su primera visita a este médico, también lleve el nombre y la dirección de su médico anterior. Los niños deben llevar sus registros de vacunación.

¿Qué sucede si no puedo programar la cita?

Llame al consultorio de su médico lo antes posible si no puede asistir a la visita o si llega tarde. Lo ayudarán a cambiar la visita a un día u horario diferente. Además, recuerde cambiar o cancelar el servicio de transporte si hay uno programado. A veces, no es sencillo recordar que debe llamar para cancelar una visita. Sin embargo, es importante cancelar su visita para que otras personas que necesitan una visita puedan realizarlas.

Atención de rutina**¿Qué es la atención médica de rutina? ¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?**

El proveedor de atención primaria le hará controles frecuentes y lo tratará cuando esté enfermo. Esto se denomina atención de rutina. La mayoría de las visitas de rutina, como los chequeos médicos de niño sano, están programadas dentro de los 14 días (aproximadamente 2 semanas) a partir de su solicitud. Los chequeos médicos de adultos están programados dentro de las 4 semanas.

Cuando necesite atención de rutina, llame al número de teléfono del proveedor de atención primaria que aparece en la parte delantera de su tarjeta de identificación. Alguien del consultorio o de la clínica del médico le programará una visita.

Atención médica urgente**¿Qué es la atención médica de urgencia?**

La atención urgente es otro tipo de atención. Hay algunas enfermedades y lesiones que no sean emergencias, pero pueden convertirse en una emergencia si no se tratan dentro de 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortadas pequeñas
- Dolores de oído
- Dolores de garganta
- Torceduras o esguinces musculares

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?

Para la atención urgente, llame al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. En algunos casos, es posible que su médico le indique que vaya a una clínica de atención de urgencias. Si su doctor le dice que vaya a una clínica de cuidado urgente, no necesita llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Texas Children's Health Plan. Para obtener ayuda, llame al 866-959-2555. También puede llamar a nuestra línea de ayuda de enfermería las 24 horas al 800-686-3831 para obtener ayuda para recibir la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

Podrá ver su doctor dentro de 24 horas para una cita de cuidado urgente. Si su doctor le dice que vaya a una clínica de cuidado urgente, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de atención de urgencias debe aceptar Texas Children's Health Plan de Medicaid.

Atención fuera del horario laboral**¿Cómo puedo recibir atención médica si el consultorio del proveedor de atención primaria está cerrado?**

Para recibir atención médica fuera del horario de atención habitual, debe llamar al médico de atención primaria. Puede comunicarse con el médico o con otro médico que trabaje con este las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Encuentre el número de teléfono en su tarjeta de identificación.

El servicio de respuesta de su médico recibirá el mensaje y un médico o enfermero le devolverá la llamada. Vuelva a llamar si no tiene noticias de un médico o enfermero en un plazo de 30 minutos. Algunos teléfonos de los proveedores de atención primaria tienen contestador automático o son atendidos por una voz grabada fuera del horario laboral. La grabación le indicará a qué número llamar para comunicarse con el médico.

No espere hasta la noche para llamar si puede ocuparse de un problema médico durante el día. La mayoría de las enfermedades tienden a empeorar a medida que avanza el día. También puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de Texas Children's Health Plan y hablar con un enfermero al 800-686-3831. Los enfermeros están dispuestos a ayudarlo a decidir qué hacer las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene una emergencia que pone en riesgo su vida, llame al 9-1-1 de inmediato o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se presta para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia.

¿Qué es una afección médica de emergencia?

Una afección médica de emergencia incluye síntomas graves y repentinos (incluido el dolor intenso), de modo que una persona razonable con conocimiento promedio sobre salud y medicina podría saber inmediatamente que la atención médica es necesaria y la situación:

- pone en grave peligro la salud del paciente;
- puede ocasionar daños graves en las funciones corporales;
- puede provocar problemas graves en cualquier órgano o parte del cuerpo;
- puede causar desfiguración grave; o
- en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

Las emergencias pueden ser casos como:

- lesión grave en un brazo, una pierna, una mano, un pie, un diente o en la cabeza;
- quemaduras graves;

- dolores de pecho fuertes;
- sangrado intenso;
- ataque delictivo (violación, robo, puñalada, herida de bala);
- reacción alérgica grave o una mordedura de un animal;
- asfixia, desmayos, convulsiones o falta de respiración;
- comportamiento fuera de control y peligroso para sí mismo o para los demás;
- intoxicación o sobredosis de drogas o alcohol.

¿Qué es una afección de salud conductual de emergencia?

Cualquier padecimiento, sin importar la naturaleza o causa del padecimiento, que según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

- Requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas.
- Hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y Atención de emergencia significa:

Servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de posestabilización.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

Si cree que la situación es potencialmente mortal, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 9-1-1 para obtener ayuda.

Si está seguro de que su situación no es potencialmente mortal, pero no está seguro de si necesita atención de emergencia, llame a su proveedor de atención primaria.

Después de recibir atención, llame a su proveedor de atención primaria dentro de las 48 horas (aproximadamente 2 días) o tan pronto como sea posible. El proveedor de atención primaria ofrecerá o coordinará la atención de seguimiento que usted pueda necesitar. Si recibe atención de seguimiento de un proveedor que no es su proveedor de atención primaria sin la aprobación de este, es posible que Texas Children's Health Plan no pague por la atención.

Tal vez deba pagar la factura si acude a la sala de emergencias por una afección que no es urgente o una emergencia.

Recuerde mostrar su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas al personal de la sala de emergencias.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia para niños por el plan de salud?

El Texas Children's Health Plan cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, el cual incluye el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para luxación mandibular.

- Tratamiento para lesiones traumáticas a los dientes y las estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento dental originado por un absceso en la boca o en las encías.
- Hospital, doctores y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista de cabecera del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista de cabecera haya cerrado, llámenos al 866-959-2555 o llame al 9-1-1.

Atención de posestabilización

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

¿Desea recibir atención cuando esté lejos de casa?

¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica durante un viaje, llámenos al 866-959-2555 y lo ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia durante un viaje, vaya a un hospital cercano y llámenos al 866-959-2555.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué hago si estoy fuera del estado?

Cuando esté fuera del estado, si se enferma o lesiona y no está en grave peligro, llame a su proveedor de atención primaria para saber qué hacer. También puede llamar a la línea de ayuda de enfermería de Texas Children's Health Plan al 800-686-3831 y un enfermero lo ayudará a decidir qué hacer.

Si tiene una emergencia que pone en riesgo su vida, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 9-1-1 para obtener ayuda. Llame a su proveedor de atención primaria o al Departamento de Servicios para Miembros dentro de las 48 horas (aproximadamente 2 días) de haber recibido atención de emergencia. El proveedor de atención primaria debe coordinar la atención de seguimiento recibida mientras usted esté fuera de la ciudad.

Atención especializada, remisiones y autorización previa

¿Qué hago si necesito ver a un especialista? ¿Qué es una remisión?

El proveedor de atención primaria se hará cargo de la mayoría de sus necesidades de atención médica.

Si tiene un problema de salud especial, el proveedor de atención primaria puede pedirle que consulte a otro médico o que se le realicen pruebas especiales. Esto se denomina remisión. El proveedor de atención primaria lo derivará a un especialista o

a otro proveedor que esté en la red de Texas Children's Health Plan. Los especialistas pueden ser médicos, como cardiólogos (corazón), dermatólogos (piel) o alergistas.

El proveedor de atención primaria se asegura de que consulte al especialista adecuado para su afección o problema. Hablarán con el especialista sobre la necesidad de tratamiento adicional, pruebas especiales o atención hospitalaria.

¿Qué sucede si recibo atención de otro médico sin una remisión?

En la mayoría de los casos, debe obtener una remisión antes de recibir atención de otro médico. Si decide ir a otro médico que no sea su proveedor de atención primaria, el médico puede negarse a atenderlo o es posible que deba pagar el costo de esa atención usted mismo.

¿Cuánto tiempo debo esperar para que me atienda un especialista?

Las visitas con especialistas suelen ser en un plazo de 21 días (aproximadamente 3 semanas) desde su solicitud.

Si consulta a un especialista sin ser derivado por su proveedor de atención primaria, el especialista podría negarse a atenderlo, excepto en caso de una emergencia. Siempre consulte al proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro lugar para recibir atención.

Texas Children's Health Plan no cubrirá los costos de atención de los proveedores de atención médica no participantes.

Si su médico cree que no hay un médico en nuestra red que pueda brindarle la atención que necesita, puede enviarnos una solicitud de autorización. Pueden solicitar a nuestro Departamento de Administración de la Utilización la autorización de servicios médicamente necesarios que no puede obtener de ningún otro médico o proveedor de la red de Texas Children's Health Plan.

Segundas opiniones

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Tiene derecho a recibir una segunda opinión sobre el uso de cualquier servicio de atención médica. Informe a su proveedor de atención primaria si desea recibir una segunda opinión sobre un tratamiento recomendado por un proveedor. El proveedor de atención primaria coordinará una visita o lo derivará a otro médico de la red de Texas Children's Health Plan. Si no hay otro médico disponible en la red, el médico de atención primaria coordinará una visita a un médico que no esté en la red de Texas Children's Health Plan. No tendrá que pagar por estos servicios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 si necesita ayuda para realizar una solicitud o elegir un médico para una segunda opinión.

A continuación, se enumeran algunas de las razones por las que es posible que desee recibir una segunda opinión:

- No está seguro de si debe hacerse la cirugía que su médico planea realizar.
- No está seguro del diagnóstico o plan de atención de su médico para una necesidad médica grave o difícil.

- Ha hecho lo que el médico le pidió, pero no está mejorando.

Servicios que no requieren una remisión de su proveedor de atención primaria

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

Texas Children's Health Plan no requiere una remisión para consultar a un proveedor dentro de la red. Para consultar a un proveedor fuera de la red, la visita debe estar autorizada.

Los proveedores de la red de Texas Children's Health Plan figuran en el directorio de proveedores. La mayoría de nuestros médicos de obstetricia y ginecología brindan servicios de planificación familiar. También hay una lista de proveedores de planificación familiar de Medicaid en este manual. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 para obtener ayuda sobre cómo encontrar médicos participantes.

Proceso de autorización previa

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

Algunos servicios necesitan aprobación o autorización de Texas Children's Health Plan. Su médico enviará una solicitud de autorización. Esto significa que debemos revisar la solicitud para asegurarnos de que usted reciba la atención adecuada que necesita. También queremos asegurarnos de que su plan cubra la atención que reciba. El médico enviará una solicitud de autorización por escrito al Departamento de Administración de la Utilización para obtener la aprobación de los servicios médicos que no puede obtener de ningún otro médico o proveedor de la red de Texas Children's Health Plan.

Texas Children's Health Plan puede extender el plazo para una decisión de autorización estándar hasta 14 días corridos si el miembro o proveedor solicita una extensión, o si se necesita información adicional y la extensión es lo más conveniente para el miembro.

Si desea ver la lista de autorizaciones previas, inicie sesión en el portal para miembros de Texas Children's Health Plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

Atención de obstetricia y ginecología

¿Qué sucede si necesito atención de un obstetra/ginecólogo? ¿Voy a necesitar una remisión?

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER:

Texas Children's Health Plan le permite elegir un obstetra/ginecólogo. Sin embargo, este médico debe estar en la misma red que el proveedor de atención primaria.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a servicios del proveedor de cuidado primario. Un ginecoobstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año.
- Atención relacionada con el embarazo.
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer.
- Remisión para un médico especial dentro la red.

¿Necesito una remisión para recibir atención de un obstetra/ginecólogo?

No. No necesita una remisión para recibir atención de un obstetra/ginecólogo. El obstetra/ginecólogo debe estar en la misma red que el proveedor de atención primaria.

¿Cómo encuentro un proveedor obstetra/ginecólogo?

Puede encontrar fácilmente un OB/GYBN con nuestra herramienta en línea Find a doctor (Encontrar un médico). Solo visite texaschildrenshealthplan.org/doctor.

También puede llamar a Servicios para Miembros al 866-959-2555. Nos complacerá ayudarlo a elegir un nuevo obstetra/ginecólogo o enviarle una copia de nuestro directorio de proveedores.

La mayoría de nuestros obstetras/ginecólogos también ofrecen servicios de planificación familiar. También hay una lista de proveedores de planificación familiar de Medicaid en este manual. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 para obtener ayuda sobre cómo encontrar médicos participantes.

¿Qué tan pronto pueden atenderme después de comunicarme con el obstetra/ginecólogo para programar una visita?

Debe recibir atención en menos de 14 días (aproximadamente 2 semanas) desde que solicitó una cita.

¿Puedo seguir atendiéndome con el obstetra/ginecólogo si no forma parte de Texas Children's Health Plan?

Si está embarazada y faltan 16 semanas o menos para la fecha de parto prevista cuando se inscribe en nuestro plan de salud, puede seguir visitando a su obstetra/ginecólogo actual. También puede elegir un obstetra/ginecólogo diferente que esté en la red si este acepta tratarla. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para realizar cambios.

¿Qué debo hacer si estoy embarazada?

¿A quién debo llamar?

Si está embarazada, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555. Podemos ayudarla a elegir un obstetra/ginecólogo que esté en la red de Texas Children's Health Plan. Un especialista en atención materna le brindará información sobre todos los beneficios y servicios de maternidad disponibles. Estará disponible durante todo el embarazo para ayudarla con las visitas de atención prenatal (antes de que nazca el bebé), el transporte a las visitas y las pruebas.

El Departamento de Servicios para Miembros puede:

- Programar sus visitas para controles de embarazo.
- Responder las preguntas que pueda tener sobre su cobertura médica.
- Organizar el transporte para las visitas al médico.
- Ofrecerle clases prenatales (para prepararla para el nacimiento).
- Proporcionarle información sobre el Programa para mujeres, bebés y niños (WIC).

- Programar visitas para controles del bebé sano.
- Proporcionarle información sobre Texas Health Steps y el programa Healthy Texas Women.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Puede encontrar una lista de centros de maternidad en nuestro sitio web en texaschildrenshealthplan.org/doctor o llamando a Servicios para Miembros al 866-959-2555.

¿Qué otros servicios o actividades ofrece Texas Children's Health Plan a las mujeres embarazadas?

Texas Children's Health Plan tiene un programa de coordinación asistencial que puede ayudarla a usted o a su hija a tener un embarazo saludable. Nuestro equipo especializado de coordinadores de cuidados está aquí para ayudar a las mujeres embarazadas durante todo el embarazo y la recuperación posparto. Trabajan en conjunto con miembros, médicos y personal médico para asegurarse de que la mujer reciba la mejor atención posible en cada etapa del embarazo. Nuestro programa de coordinación asistencial ofrece servicios y recursos importantes, como los siguientes:

- Elegir un obstetra/ginecólogo.
- Programar visitas al médico para la madre y el bebé.
- Obtener más información sobre el Programa para mujeres, bebés y niños (WIC).
- Encontrar recursos para la crianza.
- Sitio web de embarazo saludable con información útil relacionada con el embarazo en healthpregnancies.org

Para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios, llame a nuestra línea de coordinación de cuidados al 832-828-1430.

Programa de Recompensas Saludables para un embarazo saludable

Este programa ofrece beneficios adicionales para embarazadas, tales como:

- **Clases prenatales** como cuidado del recién nacido, capacitación sobre RCP de bebés, seguridad en el asiento del automóvil, conceptos básicos de lactancia y mucho más, así como preparación para el parto. Cada vez que termine una clase, recibirá 2 paquetes de pañales para recién nacidos.
- **Comidas para mamás:** Reciba una vez al mes una comida saludable sin costo para una familia de 4 integrantes, desde el segundo trimestre de su embarazo y hasta 2 meses después de dar a luz, durante un total de 8 meses.
- **Cuna portátil:** Infórmenos en el plazo de 14 días desde el nacimiento de su bebé y reciba una cuna portátil que también funciona como corralito.
- **Certificado GED:** Envíe los resultados de la prueba de GED junto con el comprobante de pago y reciba una tarjeta de recompensa por un máximo de \$145*
*La cantidad se determinará según el número de personas que completaron la prueba (36.25 por persona).

- Línea de ayuda de enfermería las 24 horas
- Ayuda para obtener transporte al médico o a la farmacia.

Pueden aplicarse restricciones y limitaciones.

Visite healthyrewardsprogram.org para obtener más información. Para obtener más información, visite texaschildrenshealthplan.org.

Atención al recién nacido

¿Puedo elegir un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?

Es importante encontrar al médico adecuado para su hijo por nacer. Puede elegir un proveedor de atención primaria antes de que nazca su bebé.

Encuentre fácilmente un proveedor de atención primaria para su recién nacido a través de nuestra herramienta en línea Find a doctor (Encontrar un médico). Solo visite texaschildrenshealthplan.org/doctor.

También puede llamar a Servicios para Miembros al 866-959-2555. Nos complacerá ayudarlo a elegir un nuevo proveedor de atención primaria o enviarle una copia de nuestro directorio de proveedores.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de atención primaria de mi bebé?

Siempre puede elegir un nuevo proveedor de atención primaria para su bebé.

Encuentre fácilmente un proveedor de atención primaria para su recién nacido a través de nuestra herramienta en línea Find a doctor (Encontrar un médico). Solo visite texaschildrenshealthplan.org/doctor.

Una vez que elija a un proveedor de atención primaria, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555. Asegúrese de tener a mano el número de identificación de miembro de su bebé.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Durante al menos 90 días (aproximadamente 3 meses) a partir de la fecha de nacimiento, su bebé estará cubierto por el mismo plan de salud en el que usted se inscribió. Puede solicitar un cambio en el plan de salud antes de que se cumplan los 90 días (aproximadamente 3 meses) si tanto su plan de salud actual como su nuevo plan de salud están de acuerdo con la transferencia.

No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé esté en el hospital.

Si su bebé no está en el hospital, puede cambiar su plan de salud llamando a la línea de ayuda STAR de Texas al 800-964-2777.

¿Cómo registro a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo le informo al trabajador social?

Tan pronto como nazca su bebé, llame a la oficina de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) al 2-1-1 para inscribir a su bebé en la cobertura. Además, asegúrese de llamar al trabajador social. Este pueden responder cualquier pregunta sobre la cobertura de su bebé.

¿Cómo y cuándo le informo a mi plan de salud?

También es importante que llame a Servicios para Miembros en cuanto nazca su bebé para que podamos ayudarla a obtener servicios de salud para su bebé.

¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no reciba cobertura de Medicaid)?

Después del nacimiento de su bebé, es posible que usted pierda su cobertura de Medicaid. Podría recibir algunos servicios de atención médica por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas y del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Estos servicios son para las mujeres que solicitan los servicios y son aprobadas.

Healthy Texas Women

El Programa de Salud para la Mujer de Texas ofrece exámenes de planificación familiar, exámenes de salud relacionados y control de la natalidad a las mujeres entre 18 y 44 años (15 y 17 años con autorización de los padres) cuyos ingresos familiares están en los límites o por debajo de los límites de ingresos del programa (185 % del nivel federal de pobreza). Usted tiene que presentar una solicitud para saber si puede recibir servicios por medio de este programa. Para obtener más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas, escriba, llame o visite el sitio web:

Healthy Texas Women's Family Program
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Phone: 800-335-8957
Website: healthytexaswomen.org
Fax: 866-993-9971

Programa Atención Primaria de Salud del DSHS

El Programa Atención Primaria de Salud del DSHS atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir la misma atención por medio de un seguro u otro programa. Para recibir servicios por medio de este programa, los ingresos de las personas no deben exceder los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Las personas aprobadas para recibir servicios tendrán que pagar un copago, pero a nadie se le niega los servicios por falta de dinero.

La Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de enfermedades y la detección e intervención tempranas de problemas de salud. Los servicios principales que se prestan son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, incluso vacunas y educación sobre la salud, así como pruebas de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados.

Los servicios secundarios que se podrían prestar son servicios de nutrición, pruebas de detección, atención médica en casa, servicios dentales, transporte a las citas médicas, medicamentos que ordena el doctor (medicamentos recetados), equipo médico duradero, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies (servicios de podología) y servicios sociales.

Usted podrá solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al Buscador de Clínicas de Servicios de Salud familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del Programa de Atención Primaria de Salud, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: hhs.texas.gov/services/health/primary-health-care-services-program

Teléfono: 512-776-7796

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS

El programa Atención Primaria de Salud Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o más cuyos ingresos no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por el DSHS. Los trabajadores comunitarios de salud ayudan a asegurar que las mujeres reciban los servicios de prevención y detección que necesitan. Algunas clínicas podrían ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al Buscador de Clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: hhs.texas.gov/services/health/primary-health-care-services-program

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar tiene clínicas en todo el estado que ofrecen a hombres y mujeres planificación familiar de calidad, a bajo costo y fácil de usar.

Para encontrar una clínica en su región, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Planificación Familiar, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/famplan/

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Servicios de planificación familiar

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar? ¿Necesito una remisión?

Los servicios de planificación familiar le ayudan a planificar o evitar un embarazo. Están dirigidos tanto a hombres como a mujeres. Puede obtener servicios de planificación familiar de su proveedor de atención primaria. También puede consultar a cualquier proveedor de planificación familiar de Medicaid. No se necesita una remisión para recibir los servicios de planificación familiar. Si tienes 20 años o menos, no necesitas contar con la aprobación de tus padres para recibir servicios o suministros de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar que recibes incluyen los siguientes:

- Un control anual.
- Una visita al consultorio o a la clínica por un problema, o para solicitar asesoramiento o un consejo.
- Análisis.
- Recetas y métodos anticonceptivos, como píldoras anticonceptivas, diafragmas y condones.
- Pruebas de embarazo.
- Servicios de esterilización (solo si tienes 21 años o más; debes completar un formulario de consentimiento de esterilización federal).
- Control y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual como herpes y sífilis.

¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en www.dshs.state.tx.us/famplan/, o puede llamar a Texas Children's Health Plan al 866-959-2555 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

Servicios hospitalarios

El proveedor de atención primaria o un especialista pueden decidir si necesita atención en un hospital. El médico coordinará la atención en un hospital que se encuentre en la red de Texas Children's Health Plan. La cobertura incluye servicios para pacientes ambulatorios e internados. El proveedor de atención primaria o especialista deberá aprobar o remitirte a estos servicios.

Servicios de atención médica a domicilio

A veces, una persona enferma o lesionada necesita atención médica en su hogar. La atención a domicilio puede seguir a una internación o se puede brindar para evitar una internación. Si necesita servicios de atención médica a domicilio, el proveedor de atención primaria hablará con Texas Children's Health Plan para que pueda recibir la atención adecuada.

Servicios de ambulancia

Los servicios cubiertos incluyen servicios de una empresa de ambulancias autorizada en caso de emergencia, o solo para casos que no sean de emergencia con autorización previa. Es posible que deba pagar una ambulancia por servicios que no sean de emergencia.

Servicios de audiología

Los audífonos están cubiertos para miembros de 21 años o más cuando son médicamente necesarios. Las pruebas de audición solo están cubiertas para miembros mayores de 21 años. Los audífonos y las pruebas de audición para niños se proporcionan a través del Programa de Amplificación para Niños de Texas (PACT). Puede llamar al PACT al 800-252-8033.

Servicios de salud mental y por consumo de drogas

¿Cómo consigo ayuda si tengo un problema de salud mental, de alcohol o de drogas? ¿Necesito una remisión?

Puede recibir servicios de salud mental o por consumo de drogas cuando sea necesario. No necesita una remisión del proveedor de atención primaria. Estos servicios incluyen:

- Servicios de asesoramiento.
- Atención para pacientes internados y ambulatorios.
- Desintoxicación y tratamiento para la adicción a las drogas y el alcoholismo.

Y puede recibir servicios de salud mental o por consumo de drogas de la siguiente manera:

- Llame a la línea directa de salud mental/consumo de drogas de Texas Children's Health Plan al 800-731-8529. Puede llamar a la línea directa las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Cómo elegir un proveedor de servicios de salud mental o por consumo de drogas de la red de proveedores de Texas Children's Health Plan.

Si tiene una emergencia y necesita tratamiento inmediato por el consumo de drogas o de salud mental, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame a la línea directa de salud mental/consumo de drogas al 800-731-8529. Alguien lo ayudará a recibir atención de inmediato. Una vez que pueda, usted o alguien en su nombre deberá llamar a la línea directa e informar que tuvo una emergencia.

Otros servicios o programas de Medicaid

¿Qué otros servicios puede ayudarme a obtener Texas Children's Health Plan?

Medicaid cubre algunos servicios que Texas Children's Health Plan no cubre. Es posible que pueda obtener estos servicios y programas.

¿Qué es la intervención temprana en la infancia (ECI)?

Programa de Intervención Temprana en la Infancia (ECI) El ECI proporciona información sobre los servicios disponibles para ayudar a los niños, desde el nacimiento hasta los tres años de edad, que pueden tener una discapacidad o un retraso en el

desarrollo. El ECI es un programa estatal para familias con niños, desde el nacimiento hasta los tres años, con discapacidades y retrasos en el desarrollo. El ECI apoya a las familias para ayudar a sus hijos a alcanzar su potencial a través de servicios de desarrollo. Diversas agencias y organizaciones locales de todo Texas son las encargadas de brindar los servicios.

¿Necesito una remisión para esto?

No necesita una remisión del proveedor de atención primaria. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 para obtener ayuda con el uso de estos servicios y programas.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Encuentre su programa de ECI más cercano:
<https://dmzweb.dars.state.tx.us/prd/citysearch>.

Otros programas

- Administración de casos de salud mental o retraso mental (MHMR)
- Programa de Evaluación de Diagnóstico de Retraso Mental (MRDA)
- Administración de casos para mujeres embarazadas y niños (CPW)
- Programa de Rehabilitación de la Salud Mental (MHR)
- Escuela de Salud y Servicios Relacionados de Texas (TSHARS) Estos servicios están disponibles solo para miembros de 20 años de edad y menores con ciertas discapacidades. Los servicios incluyen terapias, asesoramiento, transporte especial, servicios de audición y servicios de salud escolar.
- Programa de la Comisión para Ciegos de Texas (TCB)
- Servicios clínicos de tuberculosis (TB)
- Programa para mujeres, bebés y niños (WIC) El programa WIC es un programa de nutrición para mujeres, bebés y niños. El programa WIC ayuda a las mujeres embarazadas y madres primerizas a saber más sobre alimentos, leches de fórmula, nutrición, alimentación saludable y apoyo para la lactancia.

Beneficios de medicamentos recetados

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Los medicamentos recetados son un beneficio a través de su cobertura STAR de Texas. Deberá obtener el medicamento a través de una farmacia de la red de Texas Children's Health Plan. Lleve siempre a la farmacia la receta médica, su tarjeta de identificación de Texas Children's Health Plan y su tarjeta de identificación de Medicaid de Texas.

Puede comunicarse con nuestro equipo de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre sus beneficios de medicamentos recetados. También puede buscar en nuestro sitio web o utilizar nuestro portal en línea para ver y administrar sus beneficios en texaschildrenshealthplan.org.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado por usted. Usted o el médico de su hijo pueden elegir de una lista de medicamentos aprobados por el Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas (VDP, por sus siglas en inglés). Si necesita ayuda para encontrar una farmacia cerca de usted o una que pueda entregar los medicamentos directamente a su hogar, llámenos al 866-959-2555.

¿Cuánto costarán mis medicamentos?

Usted no debe pagar un copago por los medicamentos recetados cubiertos según el beneficio de Medicaid.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Puede llamar a Servicios para Miembros al 866-959-2555 para encontrar una farmacia en nuestra red. Podemos ayudarlo a encontrar farmacias que entregan medicamentos de forma gratuita, que están abiertas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que cuentan con accesos para personas con discapacidades o que hablan diferentes idiomas. Puede solicitar una copia impresa de las farmacias de nuestra red o visitar nuestro sitio web en texaschildrenshealthplan.org para utilizar nuestra herramienta de búsqueda en línea.

¿Qué sucede si mi hijo o yo vamos a una farmacia que no pertenece a la red?

Si va a una farmacia que no pertenece a la red, posiblemente no podrá adquirir sus medicamentos o deberá pagar los costos en efectivo. Puede solicitar una excepción para situaciones de emergencia.

¿Qué es la lista de medicamentos?

Los medicamentos incluidos en su beneficio de medicamentos recetados o en el de su hijo forman parte de la lista de medicamentos de Medicaid/CHIP de Texas. Es una lista de medicamentos genéricos y de marca según la calidad y el valor. En la lista también se identifica qué medicamentos requieren autorización previa y qué medicamentos están en una lista de medicamentos preferidos (PDL). La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) elabora y mantiene la lista de medicamentos de Medicaid. La PDL se actualiza cada 6 meses en enero y julio.

¿Quién decide qué medicamentos están incluidos en la lista?

Un grupo de médicos y farmacéuticos de la Junta de Revisión de Utilización de Medicamentos de Texas revisan la lista de manera continua. Solo se incluyen los medicamentos seguros, eficaces y asequibles. El Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas (VDP) de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) toma las decisiones acerca de la lista, la lista de PDL y los criterios de autorización previa.

¿Dónde puedo ir para averiguar qué medicamentos están cubiertos o requieren autorización previa?

Puede revisar la lista de medicamentos en <https://www.txvendordrug.com/>. Hay una herramienta para buscar medicamentos por marca o nombre genérico. La herramienta también identifica si un medicamento tiene requisitos de

autorización previa. También puede comunicarse con Texas Children's Health Plan para hablar con un farmacéutico si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos y beneficios. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 si necesita ayuda.

**¿Qué es un administrador de beneficios de farmacia (PBM)?
¿Quién es el PBM en Texas Children's Health Plan?**

Un PBM es una empresa que administra los beneficios de farmacia. Navitus es el PBM de Texas Children's Health Plan. Navitus es responsable de:

- Mantener la red de farmacias de Texas Children's Health Plan
- Ayudar a la farmacia a procesar los reclamos
- Asegurarse de que solo se procesen los reclamos cubiertos según la lista de medicamentos de Texas de STAR y CHIP
- Revisar las solicitudes de autorización previa de los médicos para medicamentos que requieren autorización previa
- Revisar las excepciones de límites de cantidad o las dosis altas

¿Qué cantidad de medicamento puedo recoger para mí o para mi hijo?

Texas Children's Health Plan permite un suministro de medicamento de hasta 34 días por abastecimiento. Puede solicitar una excepción para un reabastecimiento al comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555.

¿Qué sucede si mi medicamento o el de mi hijo requieren autorización previa?

Algunos medicamentos necesitan una autorización previa antes de poder entregarse en una farmacia. Las autorizaciones previas garantizan que el medicamento sea seguro y eficaz, o que los medicamentos que no están en la lista de medicamentos preferidos estén disponibles. El médico debe presentar una solicitud de autorización previa. Trabajamos con Navitus Health Solutions, un administrador de beneficios de farmacia (PBM) para revisar las solicitudes de autorización previa. Las decisiones se toman dentro de las 72 horas. Puede encontrar una lista de los formularios de autorización previa en el portal de miembros en línea, o en txstarchip.navitus.com, en "Prior Authorization Forms" (Formularios de autorización previa).

¿Dónde puedo encontrar los criterios clínicos de Texas Children's Health Plan para la autorización previa?

Los criterios clínicos de autorización previa de Medicaid de Texas Children's Health Plan están disponibles en el sitio web del administrador de beneficios farmacéuticos (PBM) de Navitus: <https://txstarchip.navitus.com> en "Clinical Edits" (Correcciones clínicas).

¿Dónde puedo encontrar la lista de medicamentos preferidos (PDL) de Medicaid?

Puede buscar la lista de medicamentos preferidos (PDL) en el sitio web de medicamentos para proveedores de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) en

txvendordrug.com. La HHSC controla la PDL. Texas Children's Health Plan debe cumplir con los requisitos de la PDL. La PDL se actualiza cada 6 meses en enero y julio. Texas Children's Health Plan le notificará directamente si hay cambios negativos que afecten su capacidad para obtener sus medicamentos. También proporcionamos información en nuestro sitio web antes de un cambio.

¿Puedo solicitar una excepción?

Si se rechaza su autorización previa en función de los criterios, el médico puede solicitar una excepción apelando el rechazo de la autorización previa. El médico también puede presentar un formulario de autorización previa independiente de "excepción a la solicitud" para medicamentos de dosis alta o para solicitudes que superen los límites de cantidad estándar. El formulario de excepción a la cobertura se puede encontrar en txstarchip.navitus.com en "Prior Authorization Forms" (Formularios de autorización previa).

Si está fuera del estado o necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos, o si tiene algún otro problema para obtener sus medicamentos o los de su hijo, usted o el médico pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555. El proveedor también puede apelar una denegación de autorización previa si usted y el proveedor consideran que necesita el medicamento.

¿Cómo puedo presentar un reclamo o una apelación por los medicamentos que indicó mi médico o el médico de mi hijo?

Si usted o su médico no están de acuerdo con una decisión de solicitud de autorización previa, tiene derecho a presentar una apelación. Texas Children's Health Plan revisa todas las solicitudes de apelación. Las instrucciones sobre cómo apelar se incluyen en la carta de denegación de autorización previa. Si tiene alguna inquietud sobre un beneficio de farmacia, un reclamo u otro servicio, llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que mi médico o el médico de mi hijo pidió?

Si no se puede localizar a su médico ni al médico de su hijo para que apruebe un medicamento recetado, es posible que le den a usted o a su hijo un suministro de emergencia para 3 días (72 horas) de su medicamento o el de su hijo. Consulte a su farmacia sobre el suministro de emergencia para usted o su hijo. También puede llamar a Texas Children's Health Plan al 866-959-2555 para obtener ayuda.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los de mi hijo?

Si necesita que le envíen sus medicamentos, puede recurrir a una farmacia de nuestra red que ofrezca servicios de entrega. Busque una farmacia que ofrezca servicios de entrega en nuestro sitio web en línea, o llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos o los de mi hijo?

Si pierde sus medicamentos, debe llamar al médico o a la clínica para recibir ayuda. Si se encuentra fuera del horario de atención de su médico o clínica, es posible que la farmacia proporcione un

suministro de emergencia de 72 horas. Algunas veces, es posible que necesite un permiso especial de Texas Children's Health Plan para un reabastecimiento anticipado. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555 para obtener ayuda.

¿Qué hago si mi hijo o yo necesitamos un medicamento sin receta (OTC)?

La farmacia no puede entregarle un medicamento sin receta como parte de sus beneficios de Medicaid o los de su hijo. Si usted o su hijo necesitan un medicamento de venta libre, deberá pagarlo a menos que esté en la lista y el proveedor se lo haya recetado.

¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos un suministro para más de 34 días de un medicamento recetado?

La farmacia solo puede proporcionarle la cantidad de un medicamento que usted o su hijo necesiten para los próximos 34 días. Para consultar sobre solicitudes de excepción, llame a Texas Children's Health Plan al 866-959-2555.

¿Cómo se manejan las sustituciones por un medicamento genérico o los intercambios terapéuticos?

La sustitución de un medicamento de marca por uno genérico se realiza cuando el beneficio requiere que los miembros solo usen un medicamento genérico. El intercambio terapéutico se produce cuando el médico receta un medicamento, pero la farmacia proporciona uno que es químicamente diferente, pero funciona igual. Cualquier cambio en su medicamento se debe realizar solamente con la consideración de su médico.

Texas Children's Health Plan no denegará la cobertura de ningún producto cubierto por los beneficios de Medicaid/CHIP. Esto incluye medicamentos de marca o genéricos de la lista. Texas Children's Health Plan solo procesará los reclamos tal como los redacte su médico.

Suministro de recetas de emergencia

Puede recibir un suministro de emergencia para 72 horas (3 días) de un medicamento recetado si necesita el medicamento sin demora y si no dispone de la autorización previa (PA). Esto se aplica a todos los medicamentos que requieren una PA, ya sea porque son medicamentos no preferidos en la lista de medicamentos preferidos o porque están sujetos a análisis para obtener una devolución de su dinero. El farmacéutico decidirá si le proporcionará o no el suministro para 3 días. La elección depende de su farmacéutico.

El suministro de emergencia para 72 horas se debe proporcionar en cualquier momento en que no se pueda obtener dentro de las 24 horas una PA para un medicamento de la lista del Programa de medicamentos del proveedor que sea adecuado para la afección médica del miembro. Si no se puede comunicar con el proveedor o no puede solicitar una PA, la farmacia debe enviar una receta de emergencia para un suministro para 72 horas.

La farmacia puede proporcionar un producto con un envase fijo e irrompible, como un inhalador de albuterol, a modo de suministro de emergencia para 72 horas.

Para obtener más información, llame gratis al 866-959-2555.

Programa de limitación de Medicaid

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

El Programa Lock-in ("LP") está diseñado tanto para administrar el uso inapropiado de los servicios médicos como para promover la seguridad.

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Lock-in. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid.

Esto puede incluir actividades que pueden considerarse peligrosas, excesivas o potencialmente fraudulentas.

Si se lo selecciona para el programa Lock-in, debe obtener todos sus medicamentos en una sola farmacia. Recibirá una carta de la Oficina del Inspector General en la que se le notificará sobre la farmacia en la que está restringido y la fecha de inicio. Las restricciones pueden variar de 36 a 60 meses.

Sus beneficios de Medicaid no cambian. Si cambia de plan de salud no cambiará su condición en el programa.

Si está restringido a una farmacia, pero tiene una necesidad urgente/inmediata que dicha farmacia restringida no puede solucionar, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros. Revisaremos su solicitud caso por caso.

Para evitar que lo pongan en el Programa Lock-in de Medicaid:

- escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.
- asegúrese de que su doctor de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que le envían, sean los únicos doctores que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555 y solicite hablar con un farmacéutico sobre el Programa Lock-in de Medicaid.

Servicios dentales

¿Qué servicios dentales cubre Texas Children's Health Plan para niños?

Texas Children's Health Plan cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, lo cual incluye el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para luxación de la mandíbula.
- Tratamiento para lesiones traumáticas a los dientes y las estructuras de soporte.
- extracción de quistes
- tratamiento dental originado por un absceso en la boca o en las encías
- Texas Children's Health Plan cubre hospitales, médicos y servicios médicos relacionados con las afecciones mencionadas anteriormente.

Esto incluye los servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia u otros medicamentos.

Texas Children's Health Plan también es responsable de pagar el tratamiento y los dispositivos para anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo ofrece todos los otros servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

Atención de la vista

¿Cómo obtengo servicios de cuidado de la vista?

Para realizarse controles de la vista o de anteojos, llame a Enroll Vision al 844-683-2305. Pueden ayudarlo a elegir un proveedor cercano y a conseguir anteojos. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para realizarse controles habituales de la vista con oftalmólogos u optometristas de la red de proveedores de Enroll Vision.

Los servicios de atención de la vista cubiertos son diferentes para adultos y niños.

Si tiene 20 años o menos:

- Puede realizarse un control de la vista una vez cada 12 meses.
- Los anteojos se pueden reemplazar cada 12 meses. Si tiene 21 años o más.

Puede realizarse un control de la vista una vez cada 24 meses (aproximadamente 2 años):

- You can get an eye checkup once every 24 months (about 2 years).
- Los anteojos se pueden reemplazar cada 24 meses (aproximadamente 2 años).

Servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT)

¿Qué son los servicios NEMT?

Los servicios NEMT proporcionan transporte a las citas médicas que no son de emergencia para los miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen los traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares en los que usted recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen los viajes en ambulancia.

¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT?

- Pases o boletos para transporte en masa en y entre ciudades o estados, que incluye el tren o el autobús.
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte bajo demanda, que es el transporte desde su casa al lugar de la cita en autobús privado, minivan o automóvil, incluidos los vehículos accesibles para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso del millaje para un participante a cargo del transporte individual (ITP, por sus siglas en inglés) por un viaje completo a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, un responsable, un familiar, un amigo o un vecino.

- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo de las comidas relacionadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. La tarifa diaria de las comidas es de \$25 por día para usted y \$25 por día para un acompañante aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo del alojamiento relacionado con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. Los servicios de alojamiento se limitan a la estancia de una noche y no incluyen los servicios utilizados durante la estancia, como llamadas telefónicas, servicio de habitaciones o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios de NEMT autorizados.

Si necesita que un acompañante viaje a su cita con usted, servicios de NEMT cubrirá los gastos de transporte de su acompañante.

Los niños de 14 años o menos deben ir acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado. Los jóvenes de 15 a 17 años deben ir acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado o tener el consentimiento de un padre, tutor u otro adulto autorizado en los archivos para viajar solos. El consentimiento de los padres no es necesario si el servicio de atención médica es de carácter confidencial.

¿Cómo obtener transporte?

Puede comunicarse con Veyo, nuestro proveedor de transporte, al 888-401-0170 o para TTY (800-735-2989). Las oficinas están abiertas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local. Se puede proporcionar ayuda en inglés y español. También tenemos intérpretes disponibles por teléfono que hablan 140 idiomas diferentes.

Asegúrese de llamar temprano. Los viajes se deben programar al menos dos días hábiles antes de que necesite el servicio de transporte. A veces, puede solicitar el transporte con menos tiempo de aviso. Estas circunstancias incluyen la recogida después de recibir el alta de un hospital; los viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados y los viajes por afecciones urgentes. Un problema de salud urgente es aquel que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o doloroso como para requerir tratamiento en un plazo de 24 horas.

¿Qué es la coordinación asistencial?

¿Cómo accedo a la coordinación asistencial?

Los miembros de Texas Children's Health Plan que tienen ciertas afecciones pueden inscribirse en nuestros programas de coordinación asistencial llamando al 832-828-1430. El proveedor de atención médica puede remitirlo a un programa de coordinación asistencial, o bien puede acceder a este por cumplir ciertos criterios o solicitarlo por su propia cuenta. Nuestros programas de coordinación asistencial incluyen lo siguiente:

- Asma
- Diabetes
- Salud conductual

- Embarazo
- Colaboración familiar con enfermeros

¿Qué hacen los administradores de casos?

Una vez que se haya registrado, podrá hacer lo siguiente con uno de nuestros coordinadores asistenciales:

- Establecer metas y alcanzarlas.
- Recibir indicaciones y recursos para controlar una afección crónica.
- Se enterará de qué servicios necesita usted.
- Encontrará servicios cerca de donde vive.
- Le enseñará cómo encontrar y recibir otros servicios.
- Se asegurará de que usted está recibiendo los servicios que necesita.
- Recibir servicios médicos y dentales.
- Obtener artículos o equipo médicos.
- Trabajar en asuntos escolares o educativos.
- Tratar otros problemas.

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y de coordinación asistencial específica de salud mental?

Estos son servicios que ayudan a los miembros con enfermedades mentales graves, problemas conductuales o emocionales. Texas Children's Health Plan también puede ayudar a los miembros a obtener un mejor acceso a los servicios de atención y apoyo a la comunidad a través de la coordinación asistencial específicas de salud mental.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Para obtener estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555 o puede comunicarse con la autoridad de salud mental local (LMHA) de su condado.

Miembros con necesidades de atención médica especiales

¿A quién puedo llamar si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude? ¿Qué es la administración de servicios? ¿Cómo puedo obtener la administración de servicios?

Si tiene necesidades especiales de atención médica, una enfermedad grave en curso, una afección crónica o compleja, o una discapacidad que dure mucho tiempo o que necesita terapia regular y continua, llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 para obtener más información sobre la administración de servicios. Le preguntaremos acerca de su estado de salud actual. La información se entregará a un administrador de cuidados. El coordinador de la atención lo llamará dentro de los 15 días hábiles para evaluar sus necesidades. El coordinador de la atención elaborará con usted un plan de servicios dentro de los 30 días hábiles. Puede rechazar o cancelar la opción de administración de servicios en cualquier momento.

Un coordinador de atención es un enfermero que puede ayudarlo a:

- Encontrar servicios en su comunidad.

- Concertar citas con médicos especiales.
- Obtener información sobre su afección médica.
- Explicarle los beneficios y servicios cubiertos.
- Crear un plan de atención solo para usted.
- Colabore con el médico de cabecera para que lo ayude a recibir atención médicamente necesaria.

Asegúrese de informar al coordinador de la atención cualquier médico especial que haya estado viendo.

Administración de Casos de Embarazadas y Bebés (CPW)

¿Necesita ayuda para encontrar y recibir servicios?

Quizás un administrador de casos pueda ayudarle.

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

Los niños, adolescentes, adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años, y las mujeres embarazadas que reciben Medicaid y:

- Tienen problemas de salud, o
- Corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

- Se enterará de qué servicios necesita usted.
- Encontrará servicios cerca de donde vive.
- Le enseñará cómo encontrar y recibir otros servicios.
- Se asegurará de que usted está recibiendo los servicios que necesita.

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

- Recibir servicios médicos y dentales.
- Obtener artículos o equipo médicos.
- Trabajar en asuntos escolares o educativos.
- Tratar otros problemas.

¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?

Llame gratis al programa Pasos Sanos de Texas al-877-847-8377, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Para obtener más información, visite:

www.dshs.state.tx.us/caseman

Servicios para miembros

Servicios para miembros

Si tiene preguntas sobre su cobertura o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555. El número de teléfono también se encuentra en la parte inferior del frente de su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan. Necesitará contar con su número de identificación de miembro cuando llame.

Con la ayuda de intérpretes, los representantes de Servicios para Miembros pueden hablar con usted en 140 idiomas. Puede comunicarse con los representantes de Servicios para Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si:

- Debe elegir un proveedor de atención primaria.
- Necesita saber qué servicios están cubiertos.
- Tiene preguntas sobre especialistas, hospitales y otros proveedores.
- Recibe una factura de un proveedor.
- Tiene una queja.
- Se muda o cambia de número de teléfono.
- Necesita un intérprete para una visita médica.
- Necesita reemplazar una tarjeta de identificación.
- No entiende algo que recibe por correo.
- Necesita transporte para llegar al médico.
- Tiene alguna pregunta.
- Tiene problemas para adquirir un medicamento con receta.

El Departamento de Servicios para Miembros también puede proporcionarle materiales sobre lo siguiente:

- Atención de salud mental
- Atención para la diabetes
- Servicios dentales
- Atención del asma
- Cuidado personal
- Atención preventiva
- Trabajadores sociales

Cómo apoyar nuestra diversa membresía

Tenemos una gran variedad de maneras de comunicarnos para satisfacer mejor sus necesidades. Estamos aquí para ayudarlo, ya sea traduciendo documentos o proporcionándole materiales de prueba en otros formatos.

Nuestro equipo de Servicios para Miembros habla inglés y español con fluidez. Nuestro equipo también puede utilizar intérpretes para hablar con usted en 140 idiomas.

Servicios de intérpretes y traducción

¿Pueden brindarme servicios de interpretación mientras hablo con el médico?

Podemos conseguirle servicios de interpretación de lenguaje de señas en persona para las visitas al médico.

¿A quién puedo llamar para obtener los servicios de un intérprete?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 para solicitar un intérprete.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Infórmenos si necesita estos servicios al menos 48 horas (aproximadamente 2 días) antes de su visita. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555, TTY 800-735-2989 (Texas Relay) o al 7-1-1.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del médico?

Llámenos desde cualquier consultorio médico. Encontraremos a alguien que hable su idioma. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555.

Ayuda para las personas con discapacidad visual

Si tiene una discapacidad visual, Texas Children's Health Plan le proporcionará materiales del plan de salud en letra grande, en sistema Braille o en cintas de audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para hablar sobre sus necesidades especiales.

Dispositivo telefónico para los servicios de sordera (TTD) para miembros con deficiencia auditiva o del habla

Texas Children's Health Plan utiliza los servicios de retransmisión de Texas TTY para los miembros y sus padres o tutores que tienen deficiencia auditiva o del habla. Para consultar sobre los servicios de TTY, llame al 800-735-2989 o al 7-1-1.

Materiales para miembros en inglés y español

Este manual para miembros y todos los demás materiales incluidos en su paquete para miembros se proporcionan en inglés y español. También podemos proporcionarle muchos de los otros materiales educativos sobre la salud en español. Si necesita los materiales en otro idioma, simplemente llámenos y pídalos.

Cambios en su plan

¿Qué hago si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HSSC) y al Departamento de Servicios para miembros del Texas Children's Health Plan al 866-959-2555. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Texas Children's Health Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Texas Children's Health Plan hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? ¿A quién llamo?

Si recibe una factura por un servicio o beneficio que cubre Texas Children's Health Plan, llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555.

¿Qué información me solicitarán?

Tenga a mano la factura para poder informarnos lo siguiente:

- Nombre del médico.
- Fecha en que se recibieron los servicios.
- Número de teléfono del médico.
- Monto del reclamo.

El Departamento de Servicios para Miembros se comunicará con el médico.

Cambios en Texas Children's Health Plan

En ocasiones, Texas Children's Health Plan puede hacer algunos cambios en la forma en que funciona, en los servicios que cubre o en su red de médicos y hospitales. Le enviaremos una carta cada vez que realicemos cambios en los servicios.

Cómo cambiar de plan de salud

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR, STAR Kids o STAR+PLUS de Texas al 800-964-2777. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan de salud?

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigor el primer día del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigor el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el 1 de junio.

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de atención primaria de antes.

Su plan de salud también puede solicitar cambios

¿Puede Texas Children's Health Plan solicitar que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Texas Children's Health Plan también puede solicitar a la HHSC su retiro de nuestro plan si:

- A menudo no sigue los consejos de su médico.
- Continúa yendo a la sala de emergencias cuando no tiene una emergencia.
- Continúa yendo a otro médico o clínica sin obtener primero la autorización de su proveedor de atención primaria.
- Usted o sus hijos muestran un patrón de comportamiento perturbador o abusivo que no está relacionado con una afección médica.
- Muchas veces no asiste a las visitas y no informa a su médico con anticipación.
- Permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación.

Renueve sus beneficios de Medicaid a tiempo

No pierda sus beneficios médicos. Cada 6 meses deberá renovar sus beneficios. La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le enviará una carta en la que se le indicará que es momento de renovar sus beneficios de Medicaid. La carta tendrá un número de teléfono de la oficina local de HHSC para que llame. Deberá llamar y programar una reunión con el trabajador social para renovar sus beneficios de atención médica.

La carta también incluirá toda la documentación que necesite llevar a su trabajador social. Si no renueva la elegibilidad antes de la fecha de la carta, perderá sus beneficios de atención médica.

Cómo renovar

En línea: yourtexasbenefits.com

Por correo: Texas Health and Human Services Commission
PO Box 149024

Austin, TX 78714-9968

Por teléfono: 2-1-1 (presione la opción 2)

Asistencia para la renovación: Para programar una cita, llame al 888-559-7526

¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?

Si necesita ayuda con su paquete de renovación, llame a uno de nuestros especialistas en asistencia de solicitudes al 888-559-7526 para programar una cita o visite texaschildrenshealthplan.org/renew para obtener más información sobre cómo renovar.

Las familias deben renovar la cobertura de Medicaid de sus hijos cada año. En los meses anteriores a la finalización de la cobertura de un hijo, la HHSC enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene una solicitud. También incluye una carta en la que se solicita una actualización de las deducciones de ingresos y costos de la familia. La familia debe realizar lo siguiente:

- Revisar la información de la solicitud de renovación.
- Corregir cualquier información que no sea correcta.
- Firmar y fechar la solicitud.
- Consulte las opciones del plan de salud y si puede inscribirse en un plan de salud de Medicaid.
- Reenvíe la solicitud de renovación y los comprobantes antes de la fecha de vencimiento.

Una vez que la HHSC recibe la solicitud de renovación y los comprobantes, el personal verifica si los hijos de la familia aún califican para el programa actual o si califican para un programa diferente. Si un niño es remitido a otro programa (Medicaid), la HHSC envía a la familia una carta para informarle sobre la remisión y luego analiza si el niño puede obtener beneficios en el otro programa. Si el niño califica, la cobertura del programa nuevo (Medicaid) comienza el mes siguiente al último mes de la cobertura del programa anterior. Durante la renovación, la familia puede elegir planes médicos y dentales nuevos llamando al centro de llamadas de Medicaid para niños al 800-964-2777.

Cómo completar el proceso de renovación

Cuando los niños aún califican para recibir la cobertura de su programa actual (Medicaid), la HHSC enviará a la familia una carta en la que se mostrará la fecha de inicio del nuevo período de cobertura.

Asistencia para la Adopción y Ayuda para el Cuidado de Permanencia (AAPCA)

¿Cómo obtengo AAPCA para mi hijo?

- El padre adoptivo o cuidador de atención permanente debe comunicarse con el especialista en elegibilidad de adopción regional del Departamento de Servicios de Protección y Familia (DFPS) asignado a su caso.
- Si el padre o cuidador no sabe quién es el especialista en elegibilidad asignado, puede comunicarse con la línea directa del DFPS al 800-233-3405 para averiguarlo.
- El padre o cuidador debe comunicarse con el especialista en elegibilidad para la asistencia en adopción para obtener ayuda con el cambio de dirección.

Derechos y responsabilidades

Revisión de nuevos procedimientos médicos

Usted tiene beneficios como miembro. Uno de ellos es que estamos atentos a los nuevos avances médicos. Algunos de ellos son equipos, pruebas y cirugías nuevas. Analizamos cada situación caso por caso. A veces realizamos una revisión especial para asegurarnos de estar ofreciéndole lo que sea adecuado para usted. ¿Tiene preguntas? Llame al 866-959-2555.

Instrucciones anticipadas

Esta sección se aplica a adultos mayores de 18 años.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para decidir sobre mi atención médica?

Cuando necesita atención médica, tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención que recibirá y a hablar con sus médicos sobre estas decisiones. Si usted está demasiado enfermo para decidir sobre su atención médica, en un documento de instrucciones anticipadas se le informará al médico qué tipo de atención desea o se nombrará a alguien para que tome decisiones sobre la atención médica en su nombre.

¿Qué son las instrucciones anticipadas?

Es un documento legal que le permite informar a su médico y a su familia sus preferencias de tratamiento médico antes de que necesite atención. Si está muy enfermo y no puede tomar decisiones sobre su atención médica, su médico y su familia sabrán qué tipo de atención desea o no. Una instrucción anticipada también permite indicar quién puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo.

Existen 4 tipos de instrucciones anticipadas en virtud de la ley de Texas:

- **Instrucción para médicos y familiares o sucedáneos (testamento en vida)** – un testamento en vida le permitirá tomar decisiones médicas con anticipación para que su médico pueda conocer sus deseos de tratamiento si usted tiene una enfermedad terminal o irreversible y no puede hablar ni tomar decisiones informadas.
- **Orden de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés) fuera del hospital** – este es un formulario que debe completar con el médico y le permite rechazar los tratamientos que salvan vidas fuera de un hospital.
- **Poder notarial para asuntos médicos** – le permite elegir a alguien en quien confía para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo.
- **Declaración para el tratamiento de la salud mental** – este tipo de instrucción anticipada le permite tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental en caso de que usted no pueda hacerlo.

¿Cómo doy una instrucción anticipada?

Cualquier persona de 18 años o más puede dar una instrucción anticipada. Si ya tiene una instrucción anticipada, informe a su proveedor de atención primaria. Si desea obtener información sobre cómo dar sus instrucciones por escrito, llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555.

Divulgación de información

Texas Children's Health Plan no está autorizado a brindar información a ninguna persona que no sea la persona que completó la solicitud de inscripción de Medicaid. Si completó la solicitud de inscripción y desea dar información a alguien que no es usted, llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555.

Información que puede solicitar y recibir de Texas Children's Health Plan cada año

Como miembro de Texas Children's Health Plan, usted puede solicitar y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; como mínimo los médicos de atención primaria, los especialistas y los hospitales de nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como la identificación de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción en la libertad de los miembros de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre procedimientos de reclamo, apelación y audiencia imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. El objetivo de esto es garantizar que usted gozará los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después del horario de atención, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
- La explicación de una afección médica de emergencia y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
- El hecho de que no necesita autorización previa del proveedor de atención primaria para recibir atención de emergencia.
- Cómo obtener servicios de emergencia, inclusive cómo usar el sistema telefónico del 9-1-1 o su equivalente local.
- Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales brindan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
- Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
- Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre las remisiones a los servicios de atención de especialistas y a otros servicios que el proveedor de atención primaria no brinda.
- Recomendaciones de práctica de Texas Children's Health Plan.

Medicaid y el seguro privado

¿Qué pasa si tengo otro seguro médico además de Medicaid?

Usted debe avisar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico adicional que tenga. Debe llamar a la línea directa de Medicaid de Recursos para Terceros y actualizar el expediente de su caso de Medicaid si:

- Le cancelan el seguro médico adicional.
- Consigue nueva cobertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre el seguro adicional.

Puede llamar a la línea directa al 800-846-7307.

Si tiene otro seguro, aún puede obtener Medicaid. Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque tiene otro seguro médico además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro adicional.

Planes de incentivo para médicos

Texas Children's Health Plan tiene un plan de incentivo para médicos para proveedores STAR y OB. Texas Children's Health Plan no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los servicios médicamente necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de atención primaria (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para médicos. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar a Servicios para Miembros al 866-959-2555 para obtener más información.

Su privacidad

Texas Children's Health Plan se toma muy en serio la confidencialidad de su información de salud personal, información a partir de la cual se lo puede identificar. Además de cumplir con las reglas del programa y con todas las leyes vigentes, manejamos cuidadosamente su información médica personal (PHI) de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos de confidencialidad. Estamos comprometidos a proteger su privacidad en todos los ámbitos.

Utilizamos y compartimos su información solo para brindarle beneficios de salud.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad contiene información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Se incluye una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en su Manual para Miembros y se encuentra en nuestro sitio web en texaschildrenshealthplan.org. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555. Si tiene preguntas sobre nuestro aviso, llame a Servicios para Miembros.

Cuando no está satisfecho o tiene una queja

¿Qué es una queja?

Se presenta una queja cuando no está satisfecho con su atención médica o con los servicios que brinda el médico, el personal del consultorio o el personal de Texas Children's Health Plan.

¿Qué hago si tengo una queja?

Estamos aquí para ayudar. Si tiene una queja, llámenos al 866-959-2555 para informarnos sobre su problema. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar su queja. Solo llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555. Por lo general, podemos ayudarlo de inmediato o, a más tardar, en unos pocos días.

¿Puede alguien de Texas Children's Health Plan ayudarme a presentar una queja?

Un defensor de Texas Children's Health Plan puede ayudarlo a presentar una queja. Solo llámenos al 866-959-2555. Por lo general, podemos ayudarlo de inmediato o, a más tardar, en unos pocos días.

Si quiere presentar la queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Children's Health Plan
Attention: Member Services Complaints
P.O. Box 301011 WLS 8360
Houston, TX 77230-1011

Asegúrese de incluir su nombre y el número de identificación de miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Cuáles son los requisitos y cuánto tiempo toma presentar una queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento. Recibirá una carta en el plazo de 5 días hábiles en la que se le informará que se recibió su reclamo.

¿Cuánto tiempo tomará obtener una respuesta a mi queja?

Dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de su queja oral o escrita, el Departamento de Servicios para Miembros le enviará una carta. En esta se le confirmará el día en que recibimos su queja. Texas Children's Health Plan revisará los hechos y actuará en el plazo de 30 días calendario de haber recibido su queja. Se le enviará una carta de resolución.

En dicha carta:

- Se describirá la queja.
- Se le informará lo que se ha hecho o lo que se hará para resolver su problema.
- Se le informará cómo solicitar una segunda revisión de su queja.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Texas Children's Health Plan, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando al 1-866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja a hhs.texas.gov/managed-care-help.

Apelaciones

Si desea presentar una apelación con respecto a una acción tomada por Texas Children's Health Plan, por ejemplo, una denegación total o parcial de pago del servicio, debe informarnos en el plazo de 60 días posteriores a la fecha de su carta de decisión.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es el proceso que usted o alguien que actúe en su nombre puede solicitar cuando no esté satisfecho con la acción de Texas Children's Health Plan, y usted desea que se realice una revisión. Una acción significa la denegación o la autorización limitada de un servicio solicitado. Incluye lo siguiente:

- Denegación total o parcial del pago de un servicio.
- Denegación de un tipo o nivel de servicio.
- Reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado.
- No prestar servicios de manera oportuna.
- No actuar dentro de los plazos regulatorios.

¿Cómo averiguaré si se rechazan los servicios?

Le enviaremos una carta si un servicio cubierto solicitado por su médico se deniega, retrasa, limita o interrumpe.

¿Qué puedo hacer si mi médico me solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero Texas Children's Health Plan lo niega o limita? ¿Puede alguien de Texas Children's Health Plan ayudarme a presentar una apelación?

Tiene derecho a solicitar una apelación si no está satisfecho o si está en desacuerdo con la acción. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555. Un representante de miembros puede ayudarlo a presentar su solicitud de apelación.

Usted puede solicitar una apelación verbalmente o por escrito. Si presenta una solicitud para una apelación por escrito, usted puede enviar la carta de apelación a la dirección del Departamento de Apelaciones de Administración de Utilización:

Texas Children's Health Plan
Attention: Member Services Complaints
PO Box 301011 WLS 8360
Houston, TX 77230-1011

También puede permitir que alguien como un amigo, un familiar o su médico solicite una apelación en su nombre. Deberá dar su consentimiento por escrito para que estos terceros actúen en su nombre. Su solicitud de apelación debe presentarse en menos de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de la acción.

Para seguir recibiendo servicios autorizados, debe presentar la apelación en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de la carta de denegación o de la fecha de inicio de la determinación adversa de beneficios propuesta, lo que ocurra más tarde. Puede solicitar la continuidad de sus servicios hasta que se tome una decisión. Si la decisión final es mantener la acción de Texas Children's Health Plan, entonces se le puede pedir que pague lo que cuesta continuar recibiendo sus servicios. Tenga en cuenta lo siguiente: si se confirma la denegación, es posible que deba pagar

los costos de los servicios después de la fecha de la denegación original. Texas Children's Health Plan debe contar con un permiso escrito de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) para recuperar el costo de los servicios del miembro.

Cada apelación se investiga rápidamente. Texas Children's Health Plan le enviará una carta en menos de 5 días hábiles para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación. La carta incluirá toda la información que necesitaremos para revisar la apelación. Si presenta una solicitud verbal de apelación, puede enviar una carta de apelación a la dirección del Departamento de Apelaciones de Gestión de la Utilización:

Texas Children's Health Plan
Attn: UM Appeals Department
P.O. Box 301011, WLS 8390
Houston, TX 77230-1011

Texas Children's Health Plan debe completar todo el proceso de apelación estándar dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud oral o escrita inicial de apelación. Usted o su representante pueden solicitar una extensión de 14 días (aproximadamente 2 semanas). Texas Children's Health Plan también puede solicitarle una extensión si necesitamos obtener más información. Si solicitamos una extensión, recibirá una carta en la que se explica el motivo de la demora.

Si su apelación no se aprueba, la respuesta le explicará el motivo por el que no se aprobó y le indicará cómo apelar para solicitar una audiencia imparcial del estado.

¿Qué es una apelación de emergencia?

Una apelación de emergencia ocurre cuando el plan de salud debe decidir rápidamente según su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿Qué sucede si el plan de salud rechaza la solicitud de apelación de emergencia? ¿Cuánto tiempo tarda una apelación de emergencia?

Las solicitudes de apelaciones de emergencia pueden ser orales o escritas. Cuando recibamos su solicitud de apelación de emergencia, decidiremos si su apelación requiere una revisión rápida. Si decidimos que su apelación no necesita una revisión rápida, se lo informaremos por teléfono o correo en un plazo de 2 días calendario. Su apelación será una apelación regular. Esto significa que finalizaremos la revisión en 30 días (aproximadamente 4 semanas y media). Si decidimos que su apelación necesita una revisión acelerada, se tomará una decisión en menos de 72 horas (aproximadamente 3 días) posteriores a la recepción de la solicitud.

Si actualmente está hospitalizado o experimenta una emergencia médica o dental, se tomará una decisión dentro de un día hábil después de recibir la solicitud. Usted o su representante pueden solicitar una extensión de 14 días (aproximadamente 2 semanas). Texas Children's Health Plan también puede solicitar una extensión si necesitamos obtener más información. Una extensión no se aplica a casos de emergencia en curso o denegaciones de hospitalización continua. Lo llamaremos rápidamente para informarle la decisión. También le enviaremos una carta en menos de 2 días hábiles posteriores a la decisión.

¿Cómo solicito una apelación de emergencia?

Puede llamar a Servicios para Miembros al 866-959-2555 y solicitar ayuda para solicitar una apelación. Un representante de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

¿Debo presentar mi solicitud por escrito?

Las apelaciones se deben aceptar oralmente o por escrito.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

Su médico y el de su hijo pueden solicitar este tipo de apelación en su nombre.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?

Usted tiene la opción de solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal a más tardar 120 días después de la fecha en que Texas Children's Health Plan ha enviado por correo el aviso de decisión de la apelación.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal solamente?

Usted tiene la opción de solicitar solo una revisión de audiencia imparcial estatal a más tardar 120 días después de que Texas Children's Health Plan envíe por correo el aviso de decisión de la apelación.

¿Qué es una audiencia imparcial del estado?

Una audiencia imparcial estatal es una oportunidad para que usted exprese los motivos por los que cree que los servicios que solicitó, pero que no pudo recibir, deberían estar permitidos.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan, tiene el derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud indicando el nombre de la persona que usted desee que lo represente. Un proveedor médico puede ser su representante. Si desea disputar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar una audiencia imparcial estatal dentro de 120 días posteriores a la fecha de la carta de decisión de la apelación interna del plan de salud. Si no solicita la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días, usted puede perder el derecho a una audiencia imparcial estatal. Para solicitar una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud o llamar:

Texas Children's Health Plan
Member Services WLS 8360
P.O. Box 301011
Houston, TX 77230-1011
866-959-2555
TTY: 800-735-2989 (Texas Relay) o 7-1-1

Si solicitó una audiencia imparcial estatal, usted tiene el derecho de seguir recibiendo los servicios que el plan de salud denegó o redujo, con base en los servicios previamente autorizados, por lo menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal, lo que ocurra más tarde de: (1) 10 días

calendario después de la fecha en que el plan de salud envió por correo la carta con la decisión de la apelación interna, o (2) la fecha en que la carta de la decisión de la apelación interna indique que el servicio se reducirá o suspenderá. Si usted no solicita una audiencia imparcial estatal hasta esta fecha, el servicio que el plan de salud le denegó se suspenderá.

Si solicita una audiencia imparcial estatal, usted recibirá un paquete de información con la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se llevan a cabo por teléfono. En la audiencia, usted o su representante pueden decir por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

La HHSC tomará la decisión final dentro de 90 días posteriores a la fecha en que solicitó la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Si cree que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su función máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Texas Children's Health Plan. Para cumplir con los requisitos para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, usted debe primero completar el proceso de apelaciones internas de Texas Children's Health Plan.

Si necesita ayuda para presentar una solicitud para una audiencia imparcial del estatal, usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-2555 y pedirle a un defensor de miembros que lo ayude.

Si necesita interpretación oral o traducción escrita de los materiales, llame al Departamento de Servicios para Miembros de STAR al 866-959-2555, TTY 800-735-2989 (Texas Relay) o al 7-1-1. Si tiene una deficiencia visual, Texas Children's Health Plan le proporcionará materiales del plan de salud en letra grande, sistema Braille o en cintas de audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para conversar sobre sus necesidades. Texas Children's Health Plan utiliza los servicios de retransmisión de Texas TTY para los miembros y sus padres o tutores que tienen deficiencia auditiva o del habla. Para consultar sobre los servicios de TTY, llame al 800-735-2989 o al 7-1-1.

Información de revisión médica externa**¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?**

Si un miembro, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, el miembro tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Externa. Una Revisión Médica Externa es un paso adicional opcional que el miembro puede tomar para que el caso sea revisado antes de la audiencia imparcial estatal. El miembro puede nombrar a alguien que lo represente poniéndose en contacto con el plan de salud para proporcionar el nombre de la persona que el miembro desee que lo represente. Un proveedor médico puede ser el representante del miembro. El miembro o su representante deben solicitar la revisión

médica externa en un plazo de 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envíe por correo la carta con la decisión de apelación interna. Si el miembro no solicita la revisión médica externa dentro de 120 días, es posible que el miembro pierda su derecho a una revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o su representante pueden realizar ya sea:

- Completar el 'Formulario de solicitud para una audiencia imparcial estatal y revisión médica externa' que se proporciona como documento adjunto en la carta de notificación para el miembro sobre la decisión de apelación interna del plan de salud y enviarla por correo o fax a Texas Children's Health Plan a la dirección o el número de fax que se encuentra en la parte superior del formulario; o;
- Llame a Texas Children's Health Plan al 866-959-2555.

Si el miembro solicita una revisión médica externa dentro de 10 días a partir del momento en que el miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el miembro tiene el derecho a seguir recibiendo el servicio que el plan de salud denegó, con base en los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal. Si el miembro no solicita una revisión médica externa dentro de 10 días a partir del momento en que el miembro recibe la decisión de la apelación por parte del plan de salud, el servicio que el plan de salud denegó será suspendido.

El miembro puede retirar su solicitud para una revisión médica externa antes de que sea asignada a una organización de revisión independiente o mientras la organización de revisión independiente esté revisando la solicitud del miembro para una revisión médica externa. Una organización de revisión independiente es una organización autónoma contratada por la HHSC que realiza una revisión médica externa durante los procesos de apelación del miembro relacionados con determinaciones adversas de beneficios basados en necesidad funcional o médica. No se puede retirar una revisión médica externa si una organización de revisión Independiente ya ha completado la revisión y ha tomado una decisión.

Una vez que la decisión de la revisión médica externa sea recibida, el miembro tiene el derecho a retirar la solicitud para una audiencia imparcial estatal. Si el miembro continúa con la audiencia imparcial estatal, también puede solicitar que la organización de revisión independiente esté presente en la audiencia imparcial estatal. El miembro puede realizar ambas solicitudes comunicándose con Texas Children's Health Plan al 866-959-2555 o con el equipo de admisión de HHSC al EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us

Si el miembro continúa con la audiencia imparcial estatal y la decisión que se toma es diferente a la de la Organización de Revisión Independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal es la definitiva. La decisión de la audiencia imparcial

estatal solo puede mantener o incrementar los beneficios del miembro considerados en la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar la decisión de la revisión médica externa estándar pondría en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar su función máxima, usted, uno de sus padres o su representante legalmente autorizado puede pedir una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal escribiendo o llamando a Texas Children's Health Plan. Para cumplir los requisitos para una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia por medio de la HHSC, usted debe primero completar el proceso de apelaciones internas de Texas Children's Health Plan.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos del miembro

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - Ser tratado justa y respetuosamente.
 - Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de elegir un plan de salud y un proveedor de atención primaria. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de atención primaria.
 - Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - Cambiar de proveedor de atención primaria.
 - Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de atención primaria.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - Recibir explicaciones de por qué no se aprobó y no se le dio la atención o el servicio.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de participar en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - Colaborar como parte del equipo con su proveedor y

decidir cuál atención médica es mejor para usted.

- Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los procesos de quejas y apelación disponibles mediante Texas Children's Health Plan y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales del estado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el proceso de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Solicitar una Revisión médica externa y una audiencia imparcial del estado del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
 6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - 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 necesite.
 - Recibir atención médica de manera oportuna.
 - Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.
 - Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
 7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
 8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
 9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar

los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.

10. Usted tiene derecho a recibir información sobre el Texas Children's Health Plan, sus servicios, los médicos, los hospitales y otras personas por los que pueden asesorarlo sobre su estado de salud, su atención médica y su tratamiento, y sus derechos y responsabilidades.

Responsabilidades del miembro

1. Tiene que aprender y conocer cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que seguir las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - Escoger su plan de salud y su proveedor de atención primaria sin demora.
 - Hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de atención primaria, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - Acudir a las citas programadas.
 - Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - Siempre llamar primero a su proveedor de atención primaria para las necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de consultar a un especialista.
 - Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de atención primaria toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos
 - Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál

atención médica es la mejor para usted.

- Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - Hablar con su proveedor acerca de sus medicamentos.
5. Debe seguir los planes y las instrucciones de atención que ha acordado con su proveedor:

Responsabilidades adicionales del miembro mientras utiliza los Servicios de NEMT

1. Cuando solicite servicios de NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza su viaje.
2. Debe seguir todas las normas y reglamentos relacionados con sus servicios de NEMT.
3. Debe devolver los fondos anticipados que no haya utilizado. Debe proporcionar un comprobante de que acudió a su cita médica antes de recibir futuros fondos anticipados.
4. No debe agredir o acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicite o reciba servicios de NEMT.
5. No debe perder los boletos de autobús o las fichas y debe devolver los boletos de autobús o las fichas que no utilizó. Debe utilizar los boletos o las fichas de autobús únicamente para acudir a su cita médica.
6. Solo debe utilizar los servicios de NEMT para ir y volver de sus citas médicas.
7. Si ha hecho arreglos para un servicio de NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse lo antes posible con la persona que lo ayudó a programar el transporte.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de EE. UU. al 800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en www.hhs.gov/ocr.

¿Qué debo hacer si necesito Equipo Médico Duradero (DME, por su siglas en inglés) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?

Ciertos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, Texas Children's Health Plan paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros suministros y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Texas Children's Health Plan también paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales. ¿Tiene preguntas? Llame al 866-959-2555.

Para miembros de 21 años de edad o más, Texas Medicaid está obligado a considerar la cobertura de equipo médico duradero (DME) y suministros médicamente necesarios bajo la disposición denominada DME y suministros de atención médica a domicilio en circunstancias excepcionales. Esto incluye artículos enumerados como servicios no cubiertos en el Manual de Procedimientos de Proveedores de Medicaid de Texas (TMPPM, por sus siglas

en inglés) o cualquier artículo de DME y suministros que no se considere un beneficio de Medicaid. Las solicitudes de Suministros y DME de atención médica a domicilio de circunstancias excepcionales deben estar preautorizadas. Las solicitudes de DME y suministros médicamente necesarios no cubiertos como beneficio bajo Texas Medicaid deben presentarse a través del proceso de Suministros y DME de atención médica a domicilio de circunstancias excepcionales.

Fraude y abuso

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

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

Denunciar malgasto, abuso o fraude:

- Denúncielo directamente al plan de salud:
Texas Children's Health Plan
Fraud and Abuse Investigations
PO Box 301011, WLS 8302
Houston, TX 77230-1011
832-828-1320 o línea directa de Servicios para miembros
866-959-2555
Correo electrónico: TCHPSIU@texaschildrens.org
- O llame a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG) al 800-436-6184 o visite <https://oig.hhs.texas.gov/> y haga clic en "Report Fraud" (Denunciar fraude)

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

Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor.
- El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para con-valecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.).
- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe.
- El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéuti-co, etc.).
- El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación.
- Las fechas de los sucesos.
- Un resumen de lo ocurrido.

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona.
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe.
- La ciudad donde vive la persona.
- Los detalles sobre el malgasto, abuso o fraude.

¿Qué significa "medicamente necesario"?**Médicamente necesario significa:**

(1) Para los miembros desde nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:

- a. servicios de detección y para la vista y la audición; y
- b. otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de *Alberto N., et al. v. T aylor, et al.*; y
 - puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2) (b-g) y (3)(b-g) de esta definición.

(2) Para los miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:

- a. son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, o realizar pruebas de detección tempranas, intervenciones, tratamiento para padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;
- b. se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
- c. cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
- d. son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
- e. son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia;
- f. no son experimentales ni de estudio; y
- g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y

(3) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:

- a. son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
- b. cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental;

- c. se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo donde se puedan brindar los servicios sin ningún riesgo;
- d. se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
- e. no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
- f. no son experimentales ni de estudio; y
- g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor. Como miembro de Texas Children's Health Plan, usted puede solicitar y recibir la siguiente información cada año:

Como miembro de Texas Children's Health Plan, usted puede solicitar y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los trámites de queja, apelación, revisión médica externa y audiencia imparcial del estado.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
 - Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre las remisiones a los servicios de atención de especialistas y a otros servicios que el proveedor de atención primaria no brinda.
- Pautas de práctica para Texas Children's.

Términos y definiciones

Apelación: una solicitud para que su organización de atención administrada revise nuevamente una denegación o una queja formal.

Reclamo: una queja formal que usted comunica a su seguro o plan de salud.

Copago: un monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): equipo indicado por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura de DME puede incluir, entre otros, equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Afección médica de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención inmediata para evitar daños.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia terrestre o aérea para una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias: servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia: evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos: servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Queja formal: una queja a su plan o seguro de salud.

Dispositivos y servicios de habilitación: servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Seguro médico: un contrato que requiere que su seguro de salud pague los costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Atención médica a domicilio: servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

Servicios para enfermos terminales: servicios que brindan comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y que generalmente requiere una estadía de una noche.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que generalmente no requiere una estadía de una noche.

Medicamento necesario: servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Red: centros, proveedores y compañías de suministro con los que su plan o el seguro de salud tiene contrato para brindar servicios de atención médica.

Proveedor no participante: proveedor que no tiene contrato con su seguro o plan de salud para brindarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener autorización de su seguro o plan de salud para obtener servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En muy pocos casos, como cuando no hay otros proveedores, el seguro de salud puede contratar a un proveedor no participante.

Proveedor participante: un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan de salud para brindarle servicios cubiertos. Servicios médicos: servicios de atención médica que un médico autorizado o un médico especialista en osteopatía proporciona o coordina.

Plan: un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención médica.

Autorización previa: decisión tomada por su seguro o plan de salud de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero que usted o su proveedor han solicitado son médicamente necesarios. Esta decisión o aprobación, a veces llamada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Prima: el monto que debe pagar por su seguro o plan de salud.

Cobertura de medicamentos recetados: seguro o plan de salud que ayuda a pagar los fármacos y medicamentos recetados.

Medicamentos recetados: fármacos y medicamentos que por ley requieren una receta.

Médico de atención primaria: un médico o médico especialista en osteopatía que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria: un médico o médico especialista en osteopatía, enfermero profesional, especialista en enfermería clínica o asistente de médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor: un médico o médico especialista en osteopatía, profesional de atención médica o centro de atención médica autorizado, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal.

Dispositivos y servicios de rehabilitación: servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana que se perdieron o deterioraron debido a una enfermedad, lesión o incapacidad de la persona.

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermeros autorizados en su propio hogar o en un hogar de ancianos. Especialista: un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención de urgencia: atención por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.



Línea de ayuda de enfermería las 24 horas Brindamos respuestas las 24 horas.

Siempre que necesite respuestas, la línea de ayuda de enfermería las 24 horas de Texas Children's Health Plan está disponible. No espere a que su hijo empeore. Llame cuando aparezcan los primeros síntomas. Puede llamarnos **las 24 horas del día, los 7 días de la semana.** Nuestros enfermeros están disponibles para ayudarlo con sus inquietudes de salud y a tomar decisiones informadas sobre su salud o la de su hijo. Llámenos cuando:

- No esté seguro de si necesita programar una cita con un médico
- Necesite información sobre medicamentos, pruebas o procedimientos médicos
- Desea saber cómo cuidar las picaduras y erupciones de insectos y si debe consultar a un médico
- Esté en casa y no se sienta bien, pero no necesite ver a un médico
- Tenga preguntas generales y mucho más



Texas Children's
Health Plan

Llame a la línea de ayuda de enfermería las 24 horas para hablar con un enfermero:

800-686-3831

texaschildrenshealthplan.org



Texas Children's
Health Plan

¡La buena salud comienza aquí!



Programa de recompensas de salud

En Texas Children's Health Plan, nos ocupamos de mucho más que las necesidades médicas de nuestros miembros. Nuestro enfoque general para su bienestar incluye servicios, actividades y recompensas adicionales para que puedan comenzar y mantener estilos de vida saludables.

- **Embarazo saludable:** Servicios y recompensas para ayudar a nuestros miembros a dar a su bebé un comienzo saludable.
- **Salud y bienestar:** Los miembros pueden obtener recompensas solo por cuidar de su bienestar.
- **Juegos y ejercicios saludables:** Beneficios y recompensas para ayudar a los miembros a tener más fuerza y a tomar el control de su salud.
- **Ayuda adicional para familias:** Con servicios como la ayuda de transporte y una línea de ayuda de enfermería las 24 horas, ofrecemos un servicio excepcional que demuestra que realmente nos preocupamos por nuestros miembros.

Obtenga información sobre estos beneficios y más en healthyrewardsprogram.org



El Programa de recompensas de salud solo está disponible para los miembros activos de Texas Children's Health Plan. Pueden aplicarse restricciones y limitaciones. El intervalo de edad puede variar según el plan.