

Manual para el miembro de **STAR Kids**



**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: 커뮤니케이션은 저희에게 중요합니다. 무료 언어지원 서비스가 제공되며, 1-866-959-2555 번으로 전화를 주시면 됩니다. (TTY 711)

Arabic: التواصل مهم: خدمات الدعم اللغوي متاحة لك مجاناً. اتصل برقم 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 کال کریں۔ (TTY 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 निःशुल्क प्राप्त करने के लिए 1-866-959-2555 पर फोन करें (TTY 711)

Farsi (Persian): مواصلات برای ما حائز اهمیت است: خدمات کمک زبانی یا ترجمه، به صورت رایگان در دسترس شماست. با شماره 1-866-959-2555 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: કૌમુદિશન એ અમારા માટે મહત્વનું છે. શબ્દ સહાયતા સેવાઓ, તમારા માટે વિનામૂલ્ય ઉપલબ્ધ છે. કૃપા 1-866-959-2555. (TTY 711)

Russian: Общение важно для нас: мы предоставляем бесплатную языковую помощь по телефону – 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。語学の言語サポート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: ການສື່ສານມີຄວາມສຳຄັນຕໍ່ພວກເຮົາ: ພວກເຮົາສະໜອງບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໄວ້ໃຫ້ທ່ານຢູ່. ໂທ 1-866-959-2555. (TTY 711)

Guía rápida — A quién llamar

Si necesita:

Llame al:

Texas Children's Health Plan	Servicios para miembros, llame sin cargo al 800-659-5764, a la línea telefónica para sordomudos (TTY, por sus siglas en inglés) 800-735-2989 (Texas Relay) o al 7-1-1 para averiguar cómo obtener los servicios cubiertos para usted o su hijo. El Departamento de Servicios para Miembros se encuentra disponible de 8 a. m. a 5 p. m., hora local, de lunes a viernes, para el área de servicios, excepto los feriados aprobados por el estado. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados, nuestro servicio telefónico se encuentra disponible para ayudarlo y recibir sus mensajes. Un representante de 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 se encuentran disponibles por vía telefónica intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes.
La atención de un médico	Su proveedor de atención primaria. Su número de teléfono figura en su tarjeta de identificación. Su proveedor de atención primaria se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Equipo de coordinación de servicios	Para solicitar hablar con su coordinador de servicios, recibir información de salud, preguntar sobre su plan de servicios o solicitar una visita a domicilio, llame al 800-659-5764. El equipo de coordinación de servicios cuenta con personal que habla inglés y español. También se encuentran disponibles por vía telefónica intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes.
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. Se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No se necesita derivación del proveedor de atención primaria. La línea directa cuenta con personal que habla inglés y español. También se encuentran disponibles por vía telefónica 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	Llame al 800-686-3831 o a la línea telefónica para sordomudos 800-735-2989 (Texas Relay). Los enfermeros 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 personal que habla inglés y español, conoce sobre el Programa STAR Kids, los servicios cubiertos, la población de STAR Kids y los recursos del proveedor. También se encuentran disponibles por vía telefónica intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes.
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 se necesita 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	Su proveedor de atención primaria o especialista, quien programará la atención que necesita.
Planificación familiar	Su proveedor de atención primaria, un obstetra/ginecólogo dentro de la red o un proveedor de planificación familiar de Medicaid. No se necesita derivación del proveedor de atención primaria.
Atención de la vista	Envolve Vision, al 844-212-7269. No se necesita derivación del proveedor de atención primaria.
Medicamentos recetados	Comuníquese con Servicios para Miembros llame al 800-659-5764, opción 1, para conocer los nombres de las farmacias participantes o para recibir ayuda para obtener los medicamentos recetados.
Servicios dentales* (para menores de 21 años)	El plan dental de Medicaid de su hijo. Su hijo tendrá uno de los siguientes planes dentales: • DentaQuest 800-516-0165 • MCNA Dental 800-494-6262 • UHC Dental 877-901-7321 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 Kids sin cargo al 877-782-6440.
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, por sus siglas en inglés), llame al 888-401-0170 o a la línea telefónica para sordomudos 800-735-2989 (Texas Relay) o al 7-1-1. Los servicios de NEMT están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local. La línea directa de Where's My Ride está disponible de 5 a. m. a 7 p. m., de lunes a sábado, hora local. Ambas líneas directas cuentan con personal que habla inglés y español. También se encuentran disponibles por vía telefónica intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes.
Información de inscripción de Medicaid	Línea de ayuda de STAR Kids, llame al 877-782-6440.
Elegibilidad y renovación de Medicaid	Su asistente social de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HSSC, por sus siglas en inglés), 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 sin cargo 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

Bienvenido a Texas Children's Health Plan.	6	Servicios hospitalarios	15
¿Cómo funciona el plan?		Servicios de atención médica a domicilio.	15
Su proveedor de cuidado primario.	7	¿Qué significa "medicamente necesario"?	16
Cambiar de proveedor de cuidado primario	7	¿Qué es el portal de miembros?	16
Si su proveedor de atención primaria abandona Texas Children's Health Plan	8	Beneficios y servicios	
Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan	9	Beneficios y servicios	17
Cómo leer su tarjeta de identificación.	9	¿Cómo obtener servicios cubiertos?	18
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTD) de Medicaid	9	Servicios que no están cubiertos	19
Portal para beneficiarios de Medicaid de YourTexasBenefits.com.	10	Proceso de autorización previa	19
Formulario de identificación temporal de Medicaid 1027-A.	10	Texas Health Steps	19
Atención especializada y remisiones	10	Servicios dentales	20
Otros servicios que no requieren una remisión de su proveedor de atención primaria.	10	Trabajadores agrícolas inmigrantes.	21
Continuidad de la atención.	11	Beneficios de medicamentos recetados.	21
Segundas opiniones.	11	Suministro de recetas de emergencia	23
Atención de obstetricia y ginecología	11	Programa Medicaid Lock-in	23
¿Qué debo hacer si estoy embarazada?	11	Servicios de salud mental y por consumo de drogas. ...	24
Atención al recién nacido.	12	Servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos específicos de salud mental. ...	24
Healthy Texas Women	13	Atención de la vista	24
Programa Atención Primaria de Salud del DSHS.	13	Servicios de planificación familiar	24
Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS.	13	Administración de Casos para Mujeres Embarazadas y Niños (CPW)	25
Programa de Planificación Familiar del DSHS	13	Control de enfermedades.	25
Cuando necesite consultar a un médico	13	Servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT)	25
Atención de rutina	14	Servicios de ambulancia	26
Atención de urgencia	14	Servicios de audiología	26
Atención fuera del horario laboral.	14	Beneficios adicionales ofrecidos a los miembros del Texas Children's Health Plan	26
Atención de emergencia.	14	Otros servicios o programas de Medicaid	27
Atención de posestabilización	15	¿Qué es la Intervención Temprana en la Infancia (ECI, por sus siglas en inglés)	28
Atención cuando está lejos de casa	15	¿Qué es Head Start y cómo obtener sus beneficios? ..	28
		Opciones de prestación de servicios	28
		Servicios dirigidos por el consumidor	28

Opción de responsabilidad de servicio	29
Opción de agencia	29
¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica?	29
Coordinación de servicios	29
Especialista de transición	29
Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS, por sus siglas en inglés)	30
Beneficios de Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)	30
Administración de Casos de Embarazadas y Bebés (CPW)	32
Centro de Cuidado Extendido Pediátrico por Prescripción (PPECC, por sus siglas en inglés)	32
Centro de enfermería	32
Beneficios de cuidados intensivos	32
Plan de Servicios Individuales (ISP)	32
Hogar de salud	33
Servicios de enfermería privada	33
¿Qué es el Proyecto de Asistencia para el Alquiler?	33
Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés)	34
Community First Choice (CFC)	34
Servicios de Community First Choice (CFC)	34
Determinaciones del nivel de atención y evaluaciones para la elegibilidad de CFC	36
Planificación centrada en la persona	36
Proceso de apelaciones de CFC	36
Configuración de CFC	36
Cobertura integral	36
¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid? ...	36
Responsabilidades de copago del miembro	37
Miembros con necesidades de atención médica especiales	37

Servicios para miembros

Servicios para miembros	38
Servicios de intérpretes y traducción	38
Ayuda para las personas con discapacidad visual	38
Dispositivo telefónico para los servicios de sordera (TTD) para miembros con deficiencia auditiva o del habla	38
Materiales para miembros disponibles en inglés y español	38
Qué debe hacer si se muda	38
¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico?	38
¿A quién llamo?	38
Cambios en Texas Children's Health Plan	39
Cómo cambiar de plan de salud	39
Su plan de salud también puede solicitar cambios	39
Renueve sus beneficios de Medicaid a tiempo	39
Cómo renovar	39

Derechos y responsabilidades

Revisión de nuevos procedimientos médicos	40
Instrucciones anticipadas	40
Información que puede solicitar y recibir de Texas Children's Health Plan cada año	40
Medicaid y el seguro privado	41
Planes de incentivo para médicos	41
Su privacidad	41
Cuando no está satisfecho o tiene una queja	41
Apelaciones	42
¿Qué es una audiencia imparcial del estado?	43
Información sobre revisión médica externa	43
Derechos y responsabilidades del miembro	44
Fraude y abuso	46
Cómo denunciar el abuso, el descuido y la explotación	47
Términos y definiciones	49

Bienvenido 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 1,300 grupos de proveedores, 500 especialistas y 150 hospitales proporcionan a nuestros miembros un excelente servicio y atención al paciente. Como miembro, tendrá beneficios adicionales, como una línea de ayuda de enfermeras las 24 horas del día y ayuda con el transporte. También ofrecemos eventos especiales, como proyecciones de películas que estimulan los sentidos y días en un parque acuático 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 en este manual, nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764. Si es necesario, este manual puede entregarse en audio, letra más grande, sistema Braille y otros idiomas.

Nos importa que preserve su salud. Es por eso que queremos que reciba controles de rutina y vacunación. 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. Hay tres cosas importantes que debe hacer 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 Your Texas Benefits de Medicaid. Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan y su tarjeta de Your Texas Benefits de Medicaid son esenciales para recibir atención. Muestre estas tarjetas cada vez que visite a un médico, hospital u obtenga una receta. No permita que nadie más use su tarjeta.
2. Llame primero a su proveedor de atención primaria si su problema no es una emergencia. Salvo en casos de emergencia, siempre llame primero a su médico. De esa manera, su médico puede ayudarlo a obtener la atención que necesita.
3. 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 800-659-5764, 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 telefónico se encuentra disponible para ayudarlo y recibir sus mensajes. Un defensor de miembros le devolverá la llamada al siguiente día hábil.

La cobertura médica de STAR Kids de Texas Children's Health Plan está diseñada para que pueda utilizar una red de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud que están comprometidos a brindar una buena atención médica. Nuestro plan de salud se basó en la creencia de que usted y su proveedor de atención primaria son las dos partes mejor calificadas para cuidar su salud. Piense en su proveedor de atención primaria como su médico principal. Si está enfermo, necesita un control o si tiene alguna pregunta médica, llame a su proveedor de atención primaria.

Recuerde: Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación de miembro Texas Children's Health Plan y su tarjeta de Your Texas Benefits de Medicaid cada vez que reciba atención médica.

¿Cómo funciona el plan?

Su proveedor de cuidado primario

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Su proveedor de atención primaria se considera su médico principal. Es quien atiende todas sus necesidades de atención médica. Es quien lleva sus registros médicos por usted y conoce su historial médico. Una buena relación con su proveedor de atención primaria le permite mantenerse sano.

Puede elegir cualquier proveedor de atención primaria de la red de Texas Children's Health Plan para que sea su médico principal. Si tiene un proveedor de atención primaria a través de otro seguro, puede seguir consultando a su proveedor de atención primaria. Cada persona de su hogar que sea miembro puede elegir el mismo proveedor de atención primaria o uno diferente. Debe elegir un médico con un consultorio y horario de atención que le resulten convenientes. Los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los proveedores de atención primaria se pueden encontrar en el directorio de proveedores del Texas Children's Health Plan. Para obtener un directorio actual, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764. Si le agrada el médico que visita ahora, puede continuar viéndolo si este proveedor se encuentra en el directorio. Si tiene problemas para elegir un proveedor de atención primaria, llámenos. Nos complacerá ayudar-lo.

¿Una clínica puede ser un proveedor de atención primaria?

Sí. Los proveedores de atención primaria pueden ser:

- Médicos de familia
- Pediatras (médicos para niños y adolescentes)
- Médicos de medicina general
- Médicos de medicina interna
- Enfermeros de práctica avanzada (ANP, por sus siglas en inglés)
- Clínicas de salud con calificación federal (FQHC)
- Clínicas de salud rurales (RHC)
- Clínicas comunitarias
- Especialistas

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 control de Pasos Sanos de Texas o realice una visita de inmediato. 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 sin cargo al 888-401-0170.

¿Qué necesito llevar a la consulta con mi médico?

Siempre que necesite atención médica, simplemente llame al consultorio de su proveedor de atención primaria para programar una cita. El número de teléfono figura en su tarjeta de identificación de miembro. Si necesita atención médica el mismo día, llame al proveedor de atención primaria lo antes posible.

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.

Cuando vaya a la consulta:

- Tenga su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de Your Texas Benefits de Medicaid.
- Sepa qué medicamentos está tomando.
- Tome nota de la información que reciba del médico.

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

Sea puntual en la visita al médico. 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.

¿Un especialista puede ser considerado 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 800-659-5764 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

La relación con su médico es muy importante. Si decide que el proveedor de atención primaria que eligió no satisface sus necesidades, o si le dicen que ya no forma parte de Texas Children's Health Plan, tiene derecho a cambiarse a otro médico.

También puede cambiar su proveedor de atención primaria si:

- No está conforme con la atención que le brinda.
- Necesita un tipo de médico diferente.
- El consultorio de su proveedor de atención primaria está demasiado lejos de usted porque se mudó.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

En el directorio de proveedores puede encontrar los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los proveedores

de atención primaria de la red de Texas Children's Health Plan. Para obtener un directorio de proveedores o ayuda para elegir un nuevo proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764. Nos complace ayudarlo.

Nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden informarle lo siguiente:

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

¿Existen motivos por los que se puede denegar 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 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 primaria llamándonos al 800-659-5764 o escribiendo a:

Texas Children's Health Plan
Member Services Department
PO Box 301011 WLS 8364
Houston, TX 77230-1011

¿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 quizás deba pagar.

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?

Su 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?

Le informaremos si su proveedor de atención primaria decide finalizar su participación en Texas Children's Health Plan. Se le asignará un nuevo médico de atención primaria, pero si desea un médico de atención primaria diferente, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764 para realizar el cambio.

Si recibe tratamientos médicamente necesarios, es posible que pueda permanecer con ese médico si 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.

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

Cuando cambie su proveedor de atención primaria, el cambio entrará en vigencia al día siguiente. 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?

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.



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

Cada persona de su familia cubierta por Texas Children's Health Plan tendrá una tarjeta de identificación personal de miembro. Lleve esta tarjeta con usted en todo momento. Tiene información importante necesaria para recibir atención médica. Muéstresela a todos los proveedores de atención médica antes de recibir servicios médicos. Informa a los proveedores lo que cubre Texas Children's Health Plan. Si no muestra su tarjeta de identificación, es posible que el médico se niegue a atenderlo o que le cobren los servicios que reciba.

No recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro todos los meses. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro solo si:

- Pierde su tarjeta de identificación de miembro actual y solicita una nueva.
- Cambia su proveedor de atención primaria.

Llame a Servicios para Miembros si necesita consultar a su proveedor de atención primaria antes de obtener su nueva tarjeta de identificación. Llamaremos e informaremos a su médico que usted es miembro de Texas Children's Health Plan.

Arriba se muestra una copia de la tarjeta de identificación de miembro. El frente de la tarjeta muestra información importante 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 teléfonos 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 gratuito de salud conductual/consumo de sustancias.

- 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.

Recuerde:

- 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 si no tiene una tarjeta de identificación de miembro.
- Llame a Servicios para Miembros si pierde o le roban su tarjeta de identificación de miembro.
- Llame a Servicios para Miembros 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.

Se emitirá una sola tarjeta a su nombre. Recibirá una nueva solo en caso de que la pierda o se la roben. 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 por internet en www.YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, llame al 800-252-8263 para averiguar. También puede llamar al 2-1-1.

Seleccione un idioma primero y después oprima el 2.

Su información de salud consta de una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted ha recibido a través de Medicaid. Compartimos esa información con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame al 800-252-8263; o bien, visite www.YourTexasBenefits.com y elija no compartir su información de salud.

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

En el reverso de la tarjeta de YTB de Medicaid aparece el sitio web (www.YourTexasBenefits.com) que puede visitar y el número de teléfono (800-252-8263) al que puede llamar si tiene preguntas sobre su nueva tarjeta.

Si se olvida su tarjeta, el médico, el dentista o la farmacia pueden usar el teléfono o Internet para asegurarse de que reciba los beneficios de Medicaid.

Portal para beneficiarios de Medicaid de YourTexasBenefits.com

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

empleados de oficina de Medicaid vean su información médica y dental disponible

Para acceder al portal, visite el sitio web 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.

Formulario de identificación temporal de Medicaid 1027-A

Si pierde la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid y necesita una prueba rápida de elegibilidad, el personal de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HSSC) aún puede generar 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 (elija un idioma y luego elija la opción 2).

Debe llevar su Formulario 1027-A con usted cuando reciba cualquier servicio de atención médica.

Atención especializada y remisiones

¿Qué sucede si necesito consultar a un médico por un problema específico (especialista)? ¿Qué es una remisión?

Por lo general, su proveedor de atención primaria es el médico que coordina su atención médica. Es posible que su proveedor de atención primaria le pida que consulte a otro médico o se le realicen pruebas especiales. Esto se denomina remisión. Texas Children's Health Plan no requiere remisión ni aprobación para consultar a un especialista dentro de la red. Los especialistas incluyen médicos como cardiólogos (para el corazón), dermatólogos (para la piel) o alergistas (para reacciones adversas).

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

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vea un especialista?

Se estima que las consultas con especialistas se hacen en un plazo de 21 días posteriores a su solicitud.

Si consulta a un especialista sin ser derivado por su proveedor de atención primaria, el especialista puede negarse a atenderlo, excepto en una situación de emergencia. Le recomendamos consultar siempre con su proveedor de atención primaria antes de ir a cualquier otro lugar para recibir atención.

A menos que sea necesario para la continuidad de la atención, Texas Children's Health Plan no cubrirá los costos de la atención médica de proveedores no participantes sin aprobación. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que su médico considere que es fundamental que usted reciba atención de un médico no participante u otro proveedor. En estos casos, su médico trabajará con Texas Children's Health Plan. El médico enviará una solicitud por escrito a nuestro Departamento de Administración de la Utilización para la autorización de servicios médicamente necesarios que no estén disponibles de ningún otro médico u otro proveedor de la red de Texas Children's Health Plan.

Otros servicios que no requieren una remisión de su proveedor de cuidado primario

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

Existen otros tipos de atención médica que puede recibir sin ser remitido por su proveedor de atención primaria.

Estos servicios incluyen (cuando los brinda un proveedor de la red de Texas Children's Health Plan) lo siguiente:

- Atención de emergencia.
- Atención de obstetricia y ginecología.
- Atención prenatal.
- Servicios de salud conductual o tratamiento de drogas y alcohol.
- Controles médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas.
- Servicios de planificación familiar.
- Atención de la visión.
- Servicios de salud mental o por consumo de sustancias.

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. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 800-659-5764 para obtener ayuda sobre cómo encontrar médicos participantes.

Continuidad de la atención

Si usted es nuevo en Texas Children's Health Plan, lo ayudaremos a coordinar su atención para evitar cualquier retraso en los servicios. Esto puede incluir continuar viendo a un médico no participante durante un período de tiempo para permitir la continuidad de la atención. Comuníquese con su coordinador de servicios o con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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 obtener una segunda opinión sobre un tratamiento recomendado. 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 800-659-5764 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.

Atención de obstetricia y ginecología

¿Qué debo hacer si necesito atención de un obstetra/ginecólogo?

¿Necesitaré una remisión?

AVISO IMPORTANTE PARA LAS MUJERES:

Texas Children's Health Plan le permite elegir a un obstetra/ginecólogo, pero este médico tiene que estar en la misma red que su proveedor de atención primaria.

Usted tiene el derecho a elegir a un obstetra/ginecólogo sin una remisión de su proveedor de atención primaria. Un ginecoobstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año.
- Atención relacionada con el embarazo y el posparto.
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer.
- Remisiones para consultar a un especialista de la red.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

Texas Children's Health Plan le permite escoger a un ginecólogo obstetra, pero este doctor tiene que estar en la misma red que su proveedor de cuidado primario.

¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?

Consulte nuestro directorio de proveedores para encontrar un obstetra/ginecólogo dentro de la red. También puede llamar a Servicios para Miembros al 800-659-5764. Nos complacerá ayudarlo a elegir un médico.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Puede comunicarse directamente con cualquier obstetra/ginecólogo de la red de Texas Children's Health Plan para obtener servicios.

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

Debe recibir atención dentro de los 14 días posteriores a la solicitud de una cita.

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

Si está embarazada y tiene 16 semanas o menos antes de la fecha de parto prevista cuando se inscribe en nuestro plan de salud, puede seguir visitando a su obstetra/ginecólogo actual. Si

lo desea, puede elegir otro obstetra/ginecólogo que esté dentro de la red siempre que el proveedor esté de acuerdo con 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 800-659-5764. Podemos ayudarla a elegir un obstetra/ginecólogo que participe en la red de Texas Children's Health Plan, y ayudarla a obtener visitas de atención prenatal, y transporte para visitas y pruebas.

¿Qué tan pronto puedo atenderme después de comunicarme con mi obstetra/ginecólogo para solicitar una cita?

Espere que las visitas con su obstetra/ginecólogo se programen dentro de los 14 días de su solicitud.

¿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 los miembros, los médicos y el personal médico para asegurarse de que la mujer reciba la mejor atención posible en cada paso 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).
- Encuentre recursos para padres
- Sitio web de Healthy Pregnancy con información útil relacionada con el embarazo en healthypregnancies.org

Para obtener más información sobre cómo obtener estos servicios, llame gratis a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

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:** Presente 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

¿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 800-659-5764.

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). Simplemente visite texaschildrenshealthplan.org/doctor. También puede llamar a Servicios para Miembros al 800-659-5764. 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). Simplemente visite texaschildrenshealthplan.org/doctor. Una vez que elija a un proveedor de atención primaria, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 800-659-5764. Asegúrese de tener a mano el número de identificación de miembro de su bebé.

¿Cómo registro a mi bebé recién nacido?

Tan pronto como nazca su bebé, llame a la oficina de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HSSC) al 2-1-1 para inscribir a su bebé en Medicaid. Además, asegúrese de llamar al trabajador social. Este puede responder cualquier pregunta sobre la cobertura de Medicaid 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 yo 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, pruebas de detección relacionadas y control de la natalidad a las mujeres entre 18 y 44 (de 15 a 17 con el permiso de los padres) años cuyos ingresos del hogar no excedan 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
Sitio web: 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 niegan 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-careservices-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, visite el sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

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

Cuando necesite consultar a un médico

Cuando necesite consultar a un médico, le recomendamos que llame a su proveedor de atención primaria. El número de teléfono figura en su tarjeta de identificación de miembro. Si el

consultorio de su proveedor de atención primaria está cerrado, un mensaje telefónico le indicará cómo obtener ayuda. Si programa una visita con su médico, pero descubre que no puede asistir, llame para cancelar y programar una nueva fecha y hora. No debe esperar más de 14 días para consultar a su proveedor de atención primaria.

Si su proveedor de atención primaria no puede atenderlo dentro de los 14 días o si tiene problemas con su proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Atención de rutina y regular

¿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 conoce como controles de rutina. La mayoría de las visitas de rutina, incluidos los controles de niño sano, están programadas dentro de los 14 días posteriores a 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 en el consultorio del médico o de la clínica le dará una cita. Es muy importante que cumpla con sus citas. Si no puede asistir a su cita, llame al consultorio del médico para informarles.

Atención de urgencia

¿Qué es la atención médica de urgencia?

La atención urgente es otro tipo de atención. Hay algunas enfermedades y lesiones que quizás 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, debe llamar al consultorio de su médico, inclusive por la noche y durante los fines de semana. El médico le dirá qué hacer. En algunos casos, el médico quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el médico le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Texas Children's Health Plan de Medicaid. Para obtener ayuda, llame al 800-659-5764. 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 urgente debe aceptar Texas Children's Health Plan de Medicaid.

Llame primero a su proveedor de atención primaria si tiene alguno de estos problemas:

- Dolor de oído
- Dolor de muelas
- Resfríos, tos, dolor de garganta, gripe o problemas sinusales
- Quemaduras de cocina menores
- Dentición
- Erupción
- Dolor de cabeza leve

Atención fuera del horario laboral

¿Cómo puedo recibir atención médica si el consultorio del proveedor de atención primaria está cerrado?

Puede haber ocasiones en las que necesite hablar con su proveedor de atención primaria, pero que el consultorio esté cerrado. Por ejemplo, es posible que necesite asesoramiento médico sobre cómo cuidarse o cómo cuidar de un niño enfermo. 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. Llame al consultorio del proveedor de atención primaria al número de teléfono que figura 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 un contestador automático fuera del horario laboral. La grabación le indicará a qué número debe 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. El número de teléfono gratuito es 800-686-3831. Los enfermeros están disponibles para 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 de emergencia

¿Qué es la atención médica de emergencia?

La atención médica de emergencia se presta para las afecciones médicas y de salud conductual que sean de emergencia.

Afección médica de emergencia significa:

Una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de aparición reciente y tal severidad (incluido dolor muy fuerte) que una persona prudente, con conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

- poner en grave peligro la salud del paciente;
- ocasionar daños graves en las funciones corporales;

- ocasionar disfunción grave de cualquier órgano vital o parte del cuerpo;
- ocasionar un daño grave en su apariencia.
- En el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del bebé por nacer.

Afección de salud conductual de emergencia significa:

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

- Requiera 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 significan:

Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que brinda un proveedor habilitado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar una afección médica o una afección de salud conductual que sean de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de posestabilización.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

Debe ser atendido el mismo día si necesita atención de emergencia. 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. Si considera que tomarse el tiempo para llamar al proveedor de atención primaria pondrá en peligro su salud, reciba atención de inmediato.

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.

Después de recibir atención, llame a su proveedor de atención primaria dentro de las 48 horas o tan pronto como sea posible. El proveedor de atención primaria ofrecerá o coordinará la atención de seguimiento que usted pueda necesitar.

Las emergencias pueden ser cosas como:

- Lesiones graves en un brazo, una pierna, una mano, un pie, un diente o en la cabeza.
- Quemaduras graves.
- Dolores fuertes en el pecho.
- Sangrado intenso.
- Ataque delictivo (violación, asalto, puñalada, disparo).
- Una reacción alérgica grave o por mordedura de un animal.
- Asfixia, desmayos, convulsiones o sin respiración.
- Usted está fuera de control y es un peligro para sí mismo o para los demás.
- Intoxicación o sobredosis por drogas o alcohol.

Recuerde mostrar su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de Your Texas Benefits de Medicaid a los asistentes de la sala de emergencias.

Atención de posestabilización

¿Que es la posestabilización?

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.

Atención cuando está lejos de casa

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

Si necesita atención médica cuando viaje, llámenos al 800-659-5764 y lo ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita servicios de emergencia mientras está de viaje, vaya a un hospital cercano y llámenos al 800-659-5764.

¿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 se encuentre fuera del estado, si se enferma o lesiona y su vida no está en grave peligro, llame a su proveedor de atención primaria para obtener asesoramiento o instrucciones. 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 a Servicios para Miembros dentro de las 48 horas de recibir atención de emergencia. El proveedor de atención primaria debe coordinar la atención de seguimiento recibida mientras usted esté fuera de la ciudad.

La atención de rutina, o la atención regular, como los controles regulares para adultos, las visitas de seguimiento y otra atención no urgente, no está cubierta cuando está fuera del estado. Si acude a alguien que no sea su proveedor de atención primaria para recibir estos servicios, es posible que deba pagar. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de Your Texas Benefits de Medicaid en todo momento.

Servicios hospitalarios

Su proveedor de atención primaria o un especialista pueden decidir que 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.

¿Qué significa “medicamente necesario”?

Medicamente necesario significa:

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

- servicios de detección y para la vista y la audición; y
- 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. Traylor, et al.*;
 - 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:

- son razonables y necesarios para evitar enfermedades o afecciones médicas, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar afecciones médicas 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;
- se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
- cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
- son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
- son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia;
- no son experimentales ni de estudio; y
- 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:

- 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;

- cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental;
- se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo donde se puedan brindar los servicios sin ningún riesgo;
- se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
- no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
- no son experimentales ni de estudio; y
- no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

¿Qué es el portal de miembros?

El portal para miembros es una herramienta en línea que le permite desempeñar un papel activo en sus necesidades de atención médica. Ahora puede cambiar su médico principal, hacer un seguimiento de sus citas, ver sus registros de vacunas y mucho más. Es fácil. Simplemente visite nuestro sitio web texaschildrenshealthplan.org y haga clic en el enlace Member Login (Inicio de sesión de miembros) en la parte superior de la página para comenzar.

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 obtener dentro de la red.

Beneficios y servicios cubiertos	Limitaciones
Cuidados intensivos	
Servicios de ambulancia	
Servicios de audiología, incluidos audífonos	Adultos de 21 años o más, el beneficio está limitado a un audífono cada 6 años (72 meses). Requiere autorización previa.
Terapia de beneficios para el autismo. Evaluación y tratamiento del Análisis Conductual Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) de Pasos Sanos de Texas: Programa de Atención Médica Integral (THSteps-CCP, por sus siglas en inglés)	El miembro debe tener 20 años de edad o menos. Requiere aprobación con anticipación.
Atención prenatal brindada por un médico, enfermera partera certificada (CNM, por sus siglas en inglés), enfermero profesional (NP, por sus siglas en inglés), especialista en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés) y auxiliar médico (PA, por sus siglas en inglés) en un centro de maternidad autorizado	
Servicios de salud conductual que incluyen: - Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios - Servicios de psiquiatría - Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias, que incluyen: - Servicios para pacientes ambulatorios, tales como: - Evaluación - Servicios de desintoxicación - Tratamiento de asesoramiento - Terapia asistida por medicación - Servicios residenciales, que se pueden proporcionar en un centro de tratamiento de dependencia química en lugar de un centro hospitalario de cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, que incluyen: - Servicios de desintoxicación - Tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (incluidos alojamiento y pensión)	
Servicios de parto brindados por un médico y una CNM en un centro de maternidad autorizado	
Servicios de parto brindados por un centro de maternidad autorizado	
Servicios de pruebas de detección de cáncer, diagnóstico y tratamiento	
Servicios quiroprácticos	
Community First Choice	
Diálisis	
Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno hospitalario	
Equipos médicos duraderos y suministros	
Servicios de intervención temprana en la infancia (ECI)	
Servicios de emergencia	
Servicios de planificación familiar	
Servicios de atención médica a domicilio	

Servicios hospitalarios, para pacientes hospitalizados y ambulatorios	
Laboratorio	
Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados	
Controles médicos y servicios del Programa de Atención integral (CCP) a través del programa Pasos Sanos de Texas (EPSDT, por sus siglas en inglés)	
Administración y rehabilitación de casos específicos para la salud mental	
Evaluación oral y barniz de fluor en el centro de atención médica junto con el control médico de Pasos Sanos de Texas para niños de 6 meses a 35 meses de edad	
Optometría, anteojos y lentes de contacto, si son médicamente necesarios	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.
Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluidos los medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios entregados en farmacias y administrados por el proveedor	
Servicios de Atención Personal (PCS, por sus siglas en inglés)	
Servicios de podología (pies)	12 visitas por año.
Servicios recetados del Centro de Atención Pediátrica Extendida Recetada (PPECC)	
Servicios de atención primaria	
Servicios de enfermería privados (PDN, por sus siglas en inglés)	
Radiología, imágenes y radiografías	
Servicios de médicos especializados	
Telesalud con monitoreo a distancia	
Telemedicina	
Terapias: física, ocupacional y del habla	
Trasplante de órganos y tejidos	
Servicios de la visión	

¿Cómo obtener servicios cubiertos?

Texas Children's Health Plan quiere mantener a su familia feliz y saludable. Nuestro equipo de Servicios para Miembros se encuentra disponible para atender su llamada de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados, nuestro servicio de respuesta se encuentra disponible para proporcionar asistencia al recibir sus mensajes. Un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada al siguiente día hábil.

Hablamos inglés y español. También contamos con intérpretes disponibles por teléfono, que hablan 140 idiomas diferentes. Los servicios de emergencia y la línea directa de salud conductual están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Línea de ayuda de enfermería las 24 horas

800-686-3831 o
la línea telefónica para sordomudos 800-735-2989 (Texas Relay)

Línea directa de salud conductual/consumo de sustancias

800-731-8529

Por correo:

Texas Children's Health Plan

PO Box 301011

Houston, TX 77230-1011

Por teléfono:

Servicios para miembros

STAR Kids: 800-659-5764

Atención de la vista

844-212-7269

Servicios dentales

Su hijo tendrá uno de los siguientes planes dentales:

- DentaQuest: 800-508-6775
- MCNA Dental: 800-494-6262
- UHC Dental: 800-516-0165

Si no sabe cuál es el plan dental STAR Kids de su hijo, llame a STAR Kids al 800-659-5764.

Coordinación de servicios:

800-659-5764, opción 2, para comunicarse con el Centro de Coordinación de Servicios

¿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 a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Servicios que no están cubiertos**¿Qué servicios no están cubiertos?**

Algunos servicios que no están cubiertos son los siguientes:

- Sanación por fe (sanación con oración).
- Acupuntura (sanación con agujas y alfileres).
- Atención médica brindada en un hospital estatal o federal.
- Atención médica brindada por un médico que no trabaja con Medicaid.
- Cirugía estética.
- Todo servicio que no sea médicamente necesario.
- Cualquier servicio recibido fuera del país.
- Servicios para la infertilidad, incluida la reversión de procedimientos de esterilización voluntarios.
- Esterilización voluntaria si es de 20 años o menos, o si es legalmente incapaz de aceptar el procedimiento.
- Vacunas para viajar fuera de los Estados Unidos.
- Servicios experimentales, incluidos medicamentos y equipos, no cubiertos por Medicaid.
- Abortos, excepto en el caso de una violación denunciada, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
- Pruebas de paternidad.
- Inmunizaciones para viajar fuera de los Estados Unidos.
- Cirugía de reasignación de sexo o cirugía de reasignación de género y servicios relacionados.

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 de STAR Kids de Texas Children's Health Plan de 20 años o menos

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HSSC) ha acordado una demanda que afecta a enfermería privada, enfermería especializada a domicilio, equipos médicos duraderos y suministros, y servicios de atención personal para beneficiarios de Medicaid de 20 años de edad o menores. Puede obtener una copia del Acuerdo de resolución visitando 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.

¿Cómo obtengo esos servicios?

Consulte a su proveedor de atención primaria para consultar sobre los servicios médicos. Su proveedor de atención primaria le brindará o coordinará los servicios médicos necesarios. También puede llamar a Servicios para Miembros sin cargo al 800-659-5764 para saber cómo obtener estos servicios.

Proceso de autorización previa

Ciertos servicios requieren autorizaciones 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.

Su médico enviará una solicitud de autorización por escrito a la administración de utilización para obtener autorización de servicios médicos necesarios que no estén disponibles con 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 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.

Pasos Sanos de Texas**¿Qué es Pasos Sanos de Texas? ¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?**

Pasos Sanos de Texas es el programa de atención médica de STAR y STAR Kids para niños, adolescentes y adultos jóvenes, 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 médico o 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 al 800-659-5764 o a Pasos Sanos de Texas 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, es posible que Medicaid pueda ayudar. Los niños con Medicaid y sus padres reciben transporte gratis de ida y vuelta al médico, dentista, hospital o a la farmacia. Comuníquese con Texas Children's Health Plan para obtener más información.

¿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 800-659-5764 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 obtener los servicios de Pasos Sanos de Texas cuando su hijo esté fuera de la ciudad, pero que cuente con Salud y Servicios Humanos de Texas, estarán cubiertas siempre y cuando reciba servicios de un proveedor de Pasos Sanos de Texas.

¿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

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 a nuestra línea gratuita 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 sus controles e inmunizaciones de Pasos Sanos de Texas o los de sus hijos, su cheque de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) podría reducirse.

Servicios dentales

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

Texas Children's Health Plan cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de servicio ambulatorio, que incluye, entre otros, el pago de 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, 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.

¿Cubre el plan de salud los servicios dentales de emergencia?

Texas Children's Health Plan cubre servicios dentales limitados de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, incluido el pago de 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 atención dental de emergencia?

Durante el horario de atención habitual, llame al dentista primario de su hijo para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal haya cerrado, llámenos al 800-659-5764 o llame al 911.

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 800-659-5764 si usted es miembro de una familia de trabajadores agrícolas migrantes. Nosotros podemos:

- Ayudaremos a que elija 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 deben ser atendidos antes de que abandonen Texas para su próximo trabajo agrícola.

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola migrante?

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

Beneficios de medicamentos recetados

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Sus medicamentos recetados son un beneficio a través de su cobertura de STAR Kids de Texas. Deberá obtener el medicamento de una farmacia de la red de Texas Children's Health Plan.

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.

¿Qué llevo conmigo a la farmacia?

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.

¿Qué tengo que hacer para que surtan mis medicamentos recetados o los de mi hijo?

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. Necesitará una receta de su médico para obtener un medicamento cubierto por su beneficio. 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 cercana o una que pueda entregar los medicamentos directamente a su hogar, llámenos al 800-659-5764.

¿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 de forma gratuita al 800-659-5764 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. El formulario también identifica qué medicamentos deben aprobarse y qué medicamentos están en una lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). 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 revisa la lista de manera continua. Solo se incluyen los medicamentos seguros, eficaces y asequibles. La lista, la lista de medicamentos preferidos (PDL, por su sigla en inglés) y lo que se necesita para la aprobación se deciden en el Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas (VDP, por su sigla en inglés), de la HHSC.

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

Puede revisar la lista de medicamentos en www.txvendordrug.com/. Hay una herramienta para buscar medicamentos por nombre. La herramienta también le informa si un medicamento necesita autorización por adelantado. 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 800-659-5764 si necesita ayuda.

¿Qué sucede si también tengo Medicare?

Es posible que algunos planes de Medicare no tengan cobertura de beneficios de farmacia. Si usted o su hijo tienen cobertura de farmacia de Medicare y Medicaid, lleve ambas tarjetas de seguro a la farmacia. Medicare pagará primero hasta los límites de su cobertura. Medicaid cubrirá los costos restantes si se encuentran dentro de los límites de su cobertura. Los medicamentos con cobertura doble de Medicare-Medicaid pueden no ser los mismos que los beneficios típicos que son solo de Medicaid.

¿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 administrador de beneficios de farmacia (PBM, por su sigla en inglés) 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 800-659-5764.

¿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. Es posible que en las autorizaciones previas se verifique que el medicamento es seguro y eficaz, o que el medicamento no está en la lista de medicamentos preferidos. Su médico debe presentar una solicitud de autorización. Trabajamos con Navitus Health Solutions, un PBM para revisar las solicitudes. Las decisiones se toman en el plazo de 72 horas luego de recibir una solicitud. 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 Texas Children's Health Plan de Medicaid están disponibles en el sitio web del administrador de beneficios de farmacia (PBM) de Navitus: <https://txstarchip.navitus.com> en "Clinical Edits" (Revisiones 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 "excepción a la solicitud" por separado para medicamentos de dosis alta, o para solicitudes que superen los límites de la 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 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 800-659-5764. 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 800-659-5764.

¿Qué sucede si no obtengo la aprobación para los medicamentos que recetó mi médico o el de mi hijo?

Si no se puede localizar al médico 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) del medicamento. Consulte a su farmacia sobre el suministro de emergencia para usted o su hijo. Llame a Texas Children's Health

Plan al 800-659-5764 para obtener ayuda con sus medicamentos y reabastecimientos.

¿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 800-659-5764.

¿Cómo puedo obtener mis medicamentos o los de mi hijo si estoy en un centro de enfermería?

Si se encuentra en un centro de enfermería, allí le proporcionarán medicamentos.

¿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 800-659-5764 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 800-659-5764.

¿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 brinda uno que es químicamente diferente, pero que 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 de su farmacia decidirá en última instancia si desea o no proporcionar 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 comunicarse con el proveedor que receta o no puede solicitar una PA, la farmacia debe enviar una receta de emergencia 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 sin cargo a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Programa de limitación de Medicaid

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

El programa Lock-In ("LP", por sus siglas en inglés) 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 informará sobre la farmacia a la que está limitado y la fecha de inicio. Las limitaciones 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 limitado a una farmacia, pero tiene una necesidad inmediata que dicha farmacia no puede solucionar, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros. Revisaremos su solicitud de manera particular.

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 800-659-5764 y solicite hablar con un farmacéutico sobre el Programa Lock-in de Medicaid.

Servicios de salud mental y por consumo de drogas

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), de alcohol o de drogas? ¿Necesito una remisión para esto?

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 dentro y fuera del hospital.
- Desintoxicación y tratamiento para la adicción a las drogas y el alcoholismo.

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. La línea directa está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Elegir un proveedor de servicios mentales o por consumo de drogas de la red de proveedores de Texas Children's Health Plan.

Si tiene una emergencia y necesita tratamiento para el consumo de drogas o de salud mental de inmediato, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame a la línea gratuita 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.

Servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos específicos de salud mental

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración de casos específicos 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 administración de casos específicos de salud mental.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Para obtener estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Texas Children's Health Plan offers these services:

- Educación, planificación y coordinación de servicios de salud conductual.
- Servicios de salud mental y por consumo de sustancias fuera del hospital.
- Servicios psiquiátricos parciales y hospitalarios para pacientes hospitalizados (para miembros de 21 años o menos).
- Desintoxicación, rehabilitación y centro de reinserción social no hospitalaria y para pacientes hospitalizados.

- Servicios ante crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Atención residencial (para miembros de 21 años o menos).
- Medicamentos para la atención de salud mental y por consumo de sustancias.
- Servicios de laboratorio.
- Remisiones a otros recursos comunitarios.
- Servicios de atención médica transitoria.
- Administración de casos específicos (diseñada para ayudar a los miembros a obtener acceso a servicios y apoyo médico, social, educativo y de otro tipo que resulten necesarios).
- Rehabilitación de salud mental (apoya a los miembros para que alcancen su mejor nivel de funcionamiento posible en la comunidad).

Atención de la vista

¿Cómo obtengo servicios de cuidado de la vista?

Para realizarse controles de la vista o de anteojos, llame a Envolve Vision al 844-212-7269. Los representantes del Servicio de Atención al Cliente se encuentran disponibles para ayudarlo a elegir un proveedor cercano. También le darán instrucciones sobre cómo obtener sus anteojos. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para realizarse controles oculares regulares con oftalmólogos de la red de proveedores de Envolve Vision.

Los servicios de atención de la vista cubiertos son diferentes para adultos y niños. Si tiene 20 años o menos.

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.
- Los anteojos se pueden reemplazar cada 24 meses.

Servicios de planificación familiar

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

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 tiene 20 años o menos, no es necesario que su padre acepte que reciba 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.
- 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 línea las ubicaciones de los proveedores de planificación familiar cercanos en www.dshs.state.tx.us/famplan/, o puede llamar a Texas Children's Health Plan al 800-659-5764 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

Administración de Casos de Embarazadas y Bebés (CPW)?

¿Qué es la Administración de Casos de Embarazadas y Bebés (CPW, por sus siglas en inglés)?

¿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 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

Manejo de enfermedades

El manejo terapéutico de enfermedades es un método proactivo,

multidisciplinario y sistemático para la prestación de atención médica que:

- Incluye a todos los miembros con una enfermedad crónica.
- Apoya la relación proveedor-paciente y el plan de atención.
- Optimiza la atención del paciente mediante la prevención y las intervenciones proactivas basadas en lineamientos basados en la evidencia.
- Incorpora la autogestión del paciente.
- Evalúa continuamente el estado de salud.
- Mide los resultados.
- Se esfuerza por mejorar la salud y la calidad de vida en general y reducir el costo de la atención.

Si tiene necesidades especiales de atención médica como diabetes, trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH, por sus siglas en inglés) o asma, llame sin cargo al Centro de Coordinación de Servicios al 800-659-5764. Le preguntaremos acerca de su estado de salud actual. Su información se entregará a un coordinador de servicios. El coordinador de servicios intentará comunicarse con usted en los siguientes 7 días para evaluar sus necesidades.

Un coordinador de servicios puede ayudarlo a lo siguiente:

- Encontrar servicios en su comunidad.
- Encontrar proveedores en su área.
- Concertar citas con médicos especiales.
- Obtener información sobre su afección médica.
- Explicar sus 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 servicios sobre cualquier especialista que haya estado consultando.

Para obtener más información, llame al Centro de Coordinación de Servicios al 800-659-5764.

Servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT)

¿Qué son los servicios de NEMT?

Los servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT) proporcionan transporte a las citas médicas que no sean 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 masivo, como el transporte público dentro de ciudades o estados o entre ellas, incluidos trenes o autobuses.

- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte en respuesta a la demanda, que es el transporte desde su casa al lugar de la cita en autobús privado, camioneta o automóvil sedán, incluidos los vehículos con acceso 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 realizado hasta un lugar donde se recibió un servicio médico 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?

Texas Children's Health Plan le proporcionará información sobre cómo solicitar los servicios de NEMT. Debe solicitar los servicios de NEMT con la mayor anticipación posible y, al menos, dos días hábiles antes de necesitar el servicio de NEMT. Algunas veces, puede solicitar el servicio de transporte con menos anticipación. Estas circunstancias incluyen recoger al miembro después de recibir el alta de un hospital; los viajes a la farmacia para retirar medicamentos o suministros médicos aprobados; y los viajes por problemas de salud 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.

Debe informar a Texas Children's Health Plan antes del viaje aprobado y programado si su visita médica se cancela.

Servicios de ambulancia

Los servicios cubiertos incluyen servicios de una compañía de ambulancias autorizada solo para emergencias o solo para situaciones 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 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.

Beneficios adicionales ofrecidos a los miembros del 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 Healthy Rewards 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 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:

- **Asistencia para el pago de actividades extracurriculares:** Inscribese 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).
- **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 un viaje sin costo a la clase o al evento de Texas Children's Health Plan.

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.

¿Qué clases de educación de la salud ofrece Texas Children's Health Plan?

- **Clases prenatales para prepararse para la llegada del bebé:** Aprenda todo acerca de dar la bienvenida a su bebé en nuestras clases exclusivas en persona y en línea para mujeres embarazadas. Los temas de las clases incluyen nacimiento del niño, atención del recién nacido, RCP en lactantes y más. Obtenga 2 paquetes de pañales para recién nacidos por completar cada clase. Regístrese en línea en healthypregnancies.org o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 800-659-5764.

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.

No necesita una remisión del proveedor de atención primaria. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 800-659-5764 para obtener ayuda con el uso de estos servicios y programas.

- Programa de Intervención Temprana en la Infancia (ECI)
- Administración de casos de salud mental o retraso mental (MHMR)
- Programa de Evaluación de Diagnóstico de Retraso Mental (MRDA)
- Programa de Rehabilitación de la Salud Mental (MHR)
- Administración de Casos para Mujeres Embarazadas y Niños (CPW).

- 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 obtener más información sobre alimentos, lactancia, leche de fórmula, nutrición y alimentación saludable.

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

La ECI proporciona información sobre los servicios para ayudar a los niños, desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, que pueden tener una discapacidad o un retraso en el desarrollo. ECI es un programa estatal para familias con niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, 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?

No, los servicios de ECI no requieren una remisión.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Para obtener más información sobre ECI o para remitir a un niño: Llame a su coordinador de servicios o a la línea de consultas del Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS, por sus siglas en inglés) al 800-628-5115. Encuentre su programa ECI más cercano en <https://citysearch.hhsc.state.tx.us/>

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

El WIC ha ofrecido apoyo a familias en Texas durante más de 20 años. El WIC ayuda a las madres a tomar buenas decisiones de alimentación para sus bebés y les enseña a cocinar comidas saludables para toda la familia. El WIC ofrece alimentos lácteos como leche, queso, huevos, cereales y jugo.

Averiguar si puede obtener WIC es una tarea fácil. Si está embarazada, amamantando o tiene hijos menores de 5 años, llame al 800-942-3678 y hable con alguien de la oficina del WIC.

¿Qué es Head Start y cómo conseguirlo?

¿Qué es Head Start?

Head Start es un programa federal que promueve la preparación escolar de niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad de familias de bajos ingresos mediante la mejora de su desarrollo cognitivo, social y emocional. Los programas Head Start proporcionan un entorno de aprendizaje que apoya el crecimiento de los niños en muchas áreas, como el lenguaje, la alfabetización y el desarrollo social y emocional. Head Start enfatiza la función de los padres como los primeros y más importantes maestros de sus hijos.

¿Cómo inscribo a mi hijo?

Paso 1. Para inscribirse en Head Start, las familias deben cumplir con los requisitos de ingresos identificados por el Gobierno federal. Deberá proporcionar una prueba de ingresos. Puede traer copias de su declaración fiscal, formularios W-2 o recibos de nómina actuales, si corresponde.

Paso 2. Necesitará el certificado de nacimiento de su hijo u otra identificación. Los servicios de Head Start son para niños de entre 0 y 5 años de edad. Deberá presentar pruebas de la edad de su hijo.

Paso 3. Puede comunicarse con su coordinador de servicios para que lo ayude a encontrar el centro Head Start más cercano.

Cuando se apruebe la prestación de servicios, asegúrese de visitar o llamar al programa Head Start para conocer su disponibilidad. Solicite una copia de los registros de vacunación de su hijo en el consultorio de su médico. Su hijo deberá demostrar que ha recibido las inmunizaciones necesarias. Si no puede demostrarlo, su coordinador de servicios lo ayudará a programar una cita.

Puede hacer una lista de cualquier necesidad especial que su hijo tenga, como problemas físicos o del habla. Hay programas disponibles para ayudar en estas áreas. La mayoría de los programas comunitarios de Head Start ofrecen visitas prenatales y a domicilio.

Para obtener más información, visite <https://www.acf.hhs.gov/>.

Opciones de entrega de servicios

La persona o el representante legalmente autorizado (LAR, por sus siglas en inglés) según la ley de Texas debe poder autodirigir sus servicios a domicilio, lo que implica emplear a los proveedores de servicios y dirigir la prestación de los servicios del programa.

Hay tres modelos de servicios autodirigidos para que las personas administren sus servicios y apoyo en el hogar:

- Opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDS, por sus siglas en inglés)
- Opción de Responsabilidad de Servicios (SRO, por sus siglas en inglés)
- Opción de agencia (AO, por sus siglas en inglés)

Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDS)

CDS no es un programa de servicios. Es una opción disponible en ciertos programas y para servicios específicos que le permite tener un mayor control personal sobre cómo se prestan sus servicios, si usted es capaz y está dispuesto a asumir más responsabilidad para coordinar esos servicios.

Si elige CDS, usted o su representante designado:

- Reclutará, contratará y capacitará a sus propios empleados y empleados de respaldo (incluidos familiares, amigos o vecinos).
- Establecerá salarios y beneficios para sus empleados en función de un presupuesto de servicio creado con la ayuda de su equipo de planificación de servicios.

- Establecerá horarios y enviará planillas de horas trabajadas para sus empleados.
- Elegirá una Agencia de Servicios Dirigidos por Consumidor (CDSA, por sus siglas en inglés) para:
 - Capacitarse para contratar y administrar empleados.
 - Ocuparse de sus planillas de horas trabajadas y nómina.
 - Ocuparse de recibos y facturas.
 - Actuar como su agente para pagar impuestos laborales federales y estatales.

¿En qué programas puedo utilizar CDS?

La opción de CDS está disponible en los siguientes programas:

- Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS, por sus siglas en inglés)
- Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD, por sus siglas en inglés)
- Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)
- Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP, por sus siglas en inglés)
- Texas para Vivir en Casa (TxHmL, por sus siglas en inglés)
- Beneficios de Community First Choice o Servicios de Atención Personal de STAR Kids
- Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES, por sus siglas en inglés)

Opción de responsabilidad de servicio

Se activa una opción de prestación de servicios que permite al miembro administrar las actividades diarias. Esto incluye la supervisión de la persona que presta servicios de asistente personal. El miembro decide cómo se prestan los servicios. Deja los detalles del negocio a un proveedor que el miembro elija.

Opción de agencia

Elegir la opción de agencia le permite confiar en la responsabilidad de una agencia para sus servicios del programa. Su agencia de proveedores maneja todos los aspectos de la atención de asistentes.

Si elige la opción de agencia, su agencia de proveedores:

- Elegirá, programará y administrará a sus asistentes y sustitutos, teniendo en cuenta su opinión sobre sus necesidades.
- Establecerá salarios y beneficios para sus asistentes.
- Administrará hojas de horarios, nóminas y registros de empleo.

¿A quién puedo llamar si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?

Si tiene necesidades de atención médica especiales y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764. Lo pondremos en contacto con un miembro de su equipo de coordinación de servicios o con su coordinador de servicios

nombrado. El coordinador de servicios intentará hablar con usted en los siguientes 2 días hábiles para evaluar sus necesidades.

Coordinación de servicios

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios proporciona asistencia inicial y continua para identificar, elegir, obtener, coordinar y utilizar los servicios cubiertos y otros apoyos para mejorar el bienestar, la independencia, la integración en la comunidad y el potencial de productividad de un miembro. Como beneficio, cada miembro de STAR Kids puede obtener un coordinador de servicios asignado. Su coordinador de servicios asignado se encarga de que reciba una atención y un apoyo oportunos, de alta calidad y rentables durante las fases aguda y crónica de su salud. Los coordinadores de servicios protegen su salud a través de la creación de un plan de servicio individualizado, que incluye una evaluación integral de sus necesidades físicas, conductuales y sociales.

¿Qué hará un coordinador de servicios por mí?

- Proporcionará una evaluación integral de la dinámica, las necesidades y las preferencias individuales que incluya la realización de la evaluación y detección de STAR Kids una vez al año a fin de garantizar la coordinación adecuada de la atención.
- Educará y ayudará a proporcionar información relacionada con la salud.
- Ayudará a identificar cualquier necesidad física, conductual, funcional y psicosocial.
- Trabjará con el miembro y el LAR del miembro y otros cuidadores en el diseño de un Plan de Servicio Individual (ISP, por sus siglas en inglés).
- Conectará a los miembros con los servicios cubiertos y no cubiertos necesarios para satisfacer las necesidades identificadas.
- Realizará supervisión para asegurarse de que los servicios cubiertos sean oportunos y apropiados.
- Coordinará los servicios cubiertos y no cubiertos.
- Intervendrá en nombre del miembro si está aprobado por el representante legalmente autorizado (LAR) del miembro.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Tras la inscripción en Texas Children's Health Plan, su coordinador de servicios asignado se comunicará con usted para presentarse y programar el Instrumento de Evaluación y Detección de STAR Kids (SK-SAI, por sus siglas en inglés) necesario. También puede comunicarse con su coordinador de servicios asignado llamando al 800-659-5764, opción 2.

Especialista de transición

¿Qué es un especialista en transición?

Los especialistas de transición ayudan a los miembros a planificar la transición para la edad adulta, especialmente a los miembros de 15 años o más.

¿Qué hará un especialista en transición por mí?

Los especialistas en transición ayudan a garantizar que los miembros adolescentes y jóvenes adultos reciban una planificación de transición temprana e integral para ayudarlos a prepararse para los cambios en los servicios y beneficios que ocurrirán cuando lleguen a los 21 años de edad. El especialista en transición ofrece una planificación de transición continua a través de un enfoque de equipo que comienza cuando el miembro cumple 15 años. Los especialistas en transición están capacitados en el sistema STAR Kids y mantienen la información actualizada sobre los recursos locales y estatales para los miembros que pasan por el proceso de transición.

¿Cómo puedo hablar con un especialista en transición?

Puede comunicarse con su especialista en transición a través de su coordinador de servicios asignado o llamando a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)

Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS) es un programa de exención que ayuda a las personas con discapacidades del desarrollo en Texas.

¿Qué se considera una discapacidad del desarrollo en Texas?

Una discapacidad del desarrollo es una discapacidad grave y de por vida que comienza antes de que la persona alcance los 22 años y es probable que continúe durante su vida.

¿Quién puede obtener servicios en Texas?

- Puede ser de cualquier edad.
- Debe cumplir con los requisitos para recibir atención en un Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual o Afecciones Relacionadas (ICF/ IID, por sus siglas en inglés).
- Debe tener una determinación de discapacidad intelectual de acuerdo con la ley estatal o un diagnóstico de una afección relacionada con un coeficiente intelectual de 75 o menos.
- No puede estar inscripto en otro programa de exención.
- Sus ingresos y recursos no pueden exceder los límites especificados.

¿Qué edad se tiene que tener para comenzar a recibir servicios en Texas?

Puede ser de cualquier edad y obtener servicios de exención. Su edad ayudará a decidir qué exención va a realizar.

¿Qué servicios ofrece el programa Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS) en Texas?

- Dispositivos de adaptación
- Habilitación durante el día
- Tratamiento dental
- Modificaciones menores en el hogar
- Enfermería

- Asistencia residencial
- Servicios de relevo
- Terapias especializadas
- Empleo con apoyo

El programa de HCS proporciona servicios y apoyo personalizados a personas con discapacidades intelectuales que viven con sus familias, en sus propios hogares o en otros entornos comunitarios, como hogares para grupos pequeños de no más de cuatro personas. La autoridad local proporciona coordinación de servicios.

Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de servicios al 800-659-5764.

Beneficios de Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

¿Qué son los LTSS?

Los LTSS brindan asistencia en las actividades de la vida diaria (como comer, bañarse y vestirse) y las actividades instrumentales de la vida diaria (como preparar comidas, administrar medicamentos y realizar las tareas domésticas). Los servicios incluyen cuidado primario a domicilio, actividad diurna y servicios de salud, el Programa de Niños Medicamente Dependientes (MDCP) y los Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS). Estos servicios se prestan conforme a la autoridad otorgada al estado de Texas para permitir la prestación de LTSS que ayudan a los miembros a vivir en la comunidad en lugar de un centro de enfermería.

Los servicios de planificación de atención y coordinación de atención ayudan a los beneficiarios y las familias a navegar por el sistema de salud y a asegurarse de que los proveedores y servicios adecuados estén disponibles para satisfacer las necesidades y preferencias de los miembros. Estos servicios también pueden ser esenciales para los beneficiarios de LTSS que a menudo tienen necesidades sustanciales de cuidados intensivos.

Los LTSS disponibles conforme al plan estatal para miembros de STAR Kids incluyen lo siguiente:

- Servicios de enfermería privada (PDN)
- Servicios de Atención Personal (PCS, por sus siglas en inglés)
- Community First Choice (CFC)

Los servicios de exención del Programa de Niños Medicamente Dependientes (MDCP) están disponibles para los miembros que cumplen con los requisitos de ingresos, recursos y necesidad médica para el nivel de atención en un centro de enfermería. Los miembros de MDCP pueden obtener servicios LTSS adicionales.

Servicios disponibles en todas las exenciones del Programa de Niños Medicamente Dependientes (MDCP):

- Dispositivos de adaptación (AA, por sus siglas en inglés)
- Asistencia laboral (EA, por sus siglas en inglés)
- Servicios de Administración Financiera (FMS, por sus siglas en inglés)

- Apoyo familiar flexible
- Modificaciones menores en el hogar (MHM, por sus siglas en inglés)
- Servicios de relevo
- Empleo con apoyo (SE, por sus siglas en inglés)
- Servicios de asistencia para la transición

Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de servicios al 800-659-5764.

¿Cuáles son mis beneficios de Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?

Los programas de Servicios en el Hogar y en la Comunidad ofrecen opciones para vivir en entornos de atención en un centro (como un centro de enfermería o un centro de atención intermedia). Estos servicios pueden formar parte de la cobertura normal de Medicaid (como servicios de enfermería privada o servicios de cuidado personal) o pueden ser prestados a través de programas denominados “exenciones” que permiten a los consumidores tener un rol activo en su atención médica y permanecer en la comunidad.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Los beneficios y las exenciones de LTSS brindan servicios a personas con discapacidades conductuales, del desarrollo o físicas, según una evaluación de las necesidades. Hable con su médico para analizar sus necesidades de salud que requieren apoyo y servicios de atención a largo plazo.

¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?

Llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Estoy recibiendo servicios del Programa de Niños Medicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré los servicios LTSS?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), así como todos los servicios del MDCP, se prestarán a través del Texas Children's Health Plan. Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda para acceder a estos servicios.

Estoy recibiendo una exención de los Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Los servicios de exención de YES se prestarán a través del Departamento Estatal de Servicios de Salud. Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede comunicarse con el administrador de casos de la Autoridad Local de Servicios de Salud Mental (LMHA, por sus siglas en inglés) si tiene preguntas específicas sobre los servicios de exención de YES.

Estoy recibiendo una exención de los Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Los servicios de exención de CLASS se prestarán a través del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS, por sus siglas en inglés). Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede comunicarse con el administrador de casos de CLASS si tiene preguntas específicas sobre los servicios de exención de CLASS.

Estoy recibiendo servicios de exención de Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Los servicios de exención de DBMD se prestarán a través del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS, por sus siglas en inglés). Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al administrador de casos del DBMD con preguntas específicas sobre el programa opcional para DBMD.

Estoy recibiendo servicios de exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Los servicios de exención de HCS se prestarán a través del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS). Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede comunicarse con el coordinador de servicios de HCS por medio de la Autoridad Local de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (LIDDA, por sus siglas en inglés) si tiene preguntas específicas sobre los servicios de exención de HCS.

Estoy recibiendo una exención del programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Los servicios de exención de TxHmL se prestarán a través del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS). Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede comunicarse con el coordinador de servicios de TxHmL por

medio de la Autoridad Local de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (LIDDA) si tiene preguntas específicas sobre los servicios de exención de TxHmL.

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

Centro de Cuidado Extendido Pediátrico por Prescripción (PPECC, por sus siglas en inglés)

¿Qué es un PPECC?

Los PPECC permiten que los menores de edad desde el nacimiento hasta los 20 años de edad con afecciones médicamente complejas reciban atención médica diaria en un entorno no residencial.

Cuando un médico lo indica, los menores de edad pueden asistir a un PPECC hasta un máximo de 12 horas por día para recibir servicios médicos, de enfermería, psicosociales, terapéuticos y de desarrollo adecuados para su afección médica y estado de desarrollo. Este beneficio requiere la autorización de un médico.

Centro para convalecientes

¿Cambiarán mis beneficios de STAR Kids si estoy en un centro de enfermería?

No. Los beneficios siguen siendo los mismos y sigue contando con un coordinador de servicios para satisfacer las necesidades, los objetivos y las preferencias del miembro.

¿Seguiré recibiendo los beneficios de STAR Kids si ingreso a un centro de enfermería?

Un miembro de STAR Kids que ingresa en un centro de enfermería o a un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID) seguirá siendo miembro de STAR Kids. Texas Children's Health Plan debe proveer un coordinador de servicios y cualquier servicio cubierto que ocurra fuera del centro de enfermería o del ICF/IID cuando un miembro de STAR Kids reside en un centro de enfermería o en un ICF/IID. Durante la estancia en el centro de enfermería o ICF/IID, Texas Children's Health Plan tiene que trabajar con el miembro y su Representante Legalmente Autorizado (LAR) para identificar programas de Servicios en la Comunidad y programas de Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS) que ayudarán al miembro a volver a la comunidad.

Beneficios de cuidados intensivos

¿Cuáles son mis beneficios de cuidados intensivos?

Los servicios de cuidados intensivos incluyen entornos como consultorios médicos, clínicas, laboratorios, visitas de terapia, farmacias, hospitales o centros de diagnóstico. Texas Children's Health Plan tiene contrato con todos los tipos de proveedores de atención para ofrecer al miembro acceso a una completa variedad de servicios de cuidados intensivos.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Puede acceder a los servicios de cuidados intensivos en cualquier momento. La mejor forma de comenzar es llamando a su proveedor de atención primaria. Texas Children's Health Plan apoya a los miembros que visitan a su proveedor de atención primaria para que evalúen y planifiquen sus necesidades de atención, incluida la atención preventiva.

Texas Children's Health Plan no requiere aprobación, remisión ni autorización para especialistas dentro de la red, incluidas la atención de la salud del conductual, la atención de la salud de la mujer o la atención médica urgente.

¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Plan de Servicio Individual (ISP)

¿Qué es el ISP?

El ISP se utiliza para hablar y alinear las expectativas entre el miembro, su Representante Legalmente Autorizado (LAR), Texas Children's Health Plan y los principales proveedores de servicios con respecto a lo siguiente:

- Hallazgos de la evaluación
- Objetivos a corto y largo plazo
- Necesidades de servicio
- Preferencias del miembro

Se puede crear un ISP en el momento de incorporarse, anualmente, mediante solicitud y cuando un evento de vida o de salud provoque un cambio que podría influir en el plan o el nivel

de atención que se brinda a un miembro de STAR Kids. El ISP recibe información de los resultados del proceso de evaluación y detección de STAR Kids, además de los aportes del miembro, su familia y cuidadores, proveedores y cualquier otra persona con conocimiento y comprensión de las fortalezas y necesidades de servicio del miembro que sea identificada por el miembro, el LAR del miembro o Texas Children's Health Plan. En la medida de lo posible y según corresponda, el ISP también debe tener en cuenta los planes de servicio y los planes de servicio escolares que se proporcionan fuera de Texas Children's Health Plan. Texas Children's Health Plan solicita, pero no exige al miembro entregar una copia del Plan Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) del miembro.

Para obtener más información, llame al centro de coordinación de servicios al 800-659-5764.

Hogar de salud

¿Qué es un hogar de salud?

Un hogar de salud debe proporcionar una variedad de servicios y apoyo, que se describen a continuación, que se extienden más allá de lo que se necesita de un proveedor de atención primaria. Los hogares de salud de STAR Kids deben operar a través de una práctica de atención primaria o, si corresponde, una práctica de atención especializada y deben proporcionar un enfoque basado en equipo para la atención que está diseñada para mejorar la facilidad de acceso, la coordinación entre los proveedores y la calidad de la atención.

Los servicios de hogares de salud deben formar parte de un enfoque basado en la persona y abordar holísticamente las necesidades de las personas con múltiples afecciones crónicas o una sola afección mental o de salud grave y persistente.

Los servicios de hogar de salud deben incluir lo siguiente:

1. Educación para la autogestión del paciente;
2. Educación del proveedor;
3. Atención centrada en el paciente y en la familia;
4. Modelos basados en evidencia y estándares mínimos de atención
5. Apoyo para el paciente y la familia (incluidos los representantes autorizados).

Servicios de enfermería privada

Servicios de enfermería privada (PDN)

- Los servicios de PDN son un beneficio de Medicaid, que incluye atención directa de enfermería especializada, capacitación del cuidador y educación. Debe estar disponible para todo miembro que se determine que es elegible a través del Instrumento de Evaluación y Detección de STAR Kids (SK-SAI).
- Los servicios de PDN deben ser prestados por un Enfermero Certificado (RN, por sus siglas en inglés) o Enfermero Vocacional con Licencia (LVN, por sus siglas en inglés).

- Los PDN deben estar disponibles para los miembros que requieran asistencia con Actividades de la Vida Diaria (ADL, por sus siglas en inglés), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL, por sus siglas en inglés) o Actividades de Mantenimiento de la Salud (HMA, por sus siglas en inglés) debido a una limitación física, cognitiva o conductual relacionada con la discapacidad o afección de salud crónica del miembro, y los servicios de PDN deben estar autorizados a través de SK-SAI.
- Texas Children's Health Plan debe asegurarse de que los miembros que reciben PDN, PCS o ambos tengan acceso a los proveedores correspondientes.

Para obtener PDN, los miembros deben:

- Tener 20 años o menos y tener Medicaid.
- Cumplir con los criterios de necesidad médica.
- Requerir atención especializada, continua e individualizada que supere el nivel de visitas de enfermería especializada normalmente autorizadas según los servicios de Texas Medicaid Home Health Skilled Nursing y de Home Health Aide (HHA, por sus siglas en inglés).

Evaluaciones y reevaluaciones

Una evaluación es una revisión de la afección de su hijo para decidir si su hijo puede necesitar PDN. Las reevaluaciones son otras revisiones que se realizan después de la primera. Usted y el coordinador de servicios de su hijo completarán una evaluación de las necesidades de PDN. Hay pasos que debe seguir después de que su hijo comience a recibir PDN.

Se debe realizar una reevaluación de su hijo:

1. Cada 12 meses.
2. Cuando haya un cambio en la afección médica o en su situación de vida en el hogar.

Para obtener más información, llame al centro de coordinación de servicios al 800-659-5764.

¿Qué es el Proyecto de Asistencia para el Alquiler?

Programa Proyecto de Asistencia para el Alquiler (PRA, por sus siglas en inglés) de la Sección 811

El programa PRA de la Sección 811 brinda asistencia de alquiler basada en proyectos para personas con discapacidades y de ingresos extremadamente bajos relacionadas con servicios a largo plazo. El programa es posible gracias a una asociación entre el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por sus siglas en inglés), la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) y propiedades multifamiliares elegibles.

El programa PRA de la Sección 811 crea la oportunidad para que las personas con discapacidades vivan lo más independientemente posible a través de la coordinación de servicios voluntarios y la alternativa de elegir opciones de viviendas de alquiler integradas y subsidiadas.

Destinatarios:

- Personas con discapacidades que viven en instituciones. Personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo que desean pasar de centros de enfermería y centros de cuidados intermedios a la comunidad y que tal vez no tengan acceso a viviendas accesibles.
- Personas con enfermedades mentales graves. Las personas que participan en servicios, pero enfrentan problemas debido a la inestabilidad de la vivienda. La vivienda estable, integrada y accesible permitiría a estas personas tener la oportunidad de participar plenamente en la rehabilitación y el tratamiento, lo que mejoraría enormemente sus perspectivas para alcanzar su máximo potencial en la comunidad.
- Los jóvenes con discapacidades que salen de hogares sustitutos. Los jóvenes que salen de hogares sustitutos suelen quedarse sin hogar, especialmente sin la estabilidad de la vivienda a largo plazo.

Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de servicios al 800-659-5764.

Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés)

Equipos o aparatos médicos fabricados para resistir el uso repetido, indicados por un médico para su uso en el hogar y necesarios para corregir o mejorar la discapacidad, afección o enfermedad de un cliente.

El equipo médico duradero debe:

- Ser necesario por razones médicas debido a una enfermedad o lesión, o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo.
- Ser considerado seguro para usar en el hogar.
- Ser proporcionado a través de un proveedor/abastecedor de DME inscripto.
- Satisfacer las necesidades médicas y de tratamiento existentes del cliente.

Para obtener DME, los miembros deben:

- Tener 20 años o menos y tener Medicaid.
- Cumplir con los criterios de necesidad médica.

Para más información, llame a servicios para miembros al 800-659-5764.

Community First Choice (CFC)

¿Cómo funciona CFC en Texas?

Los servicios de CFC se encuentran disponibles en todos los modelos de servicio para niños y adultos que cumplan con los requisitos para este beneficio.

¿Qué es CFC?

CFC es una opción de plan estatal que permite a los estados proporcionar servicios de asistente basados en el hogar y la comunidad y que brinda apoyo a los afiliados elegibles de Medicaid según su plan estatal.

¿Quién puede obtener Community First Choice (CFC)?

Para obtener CFC, una persona debe:

- Ser un hijo o un adulto que pueda recibir Medicaid.
- Cumplir con un nivel institucional de atención, que incluye:
 - Un hospital.
 - Un centro de enfermería.
 - Un centro de cuidados intermedios para personas con una discapacidad intelectual o de desarrollo.
 - Una institución que proporciona servicios psiquiátricos para personas menores de 21 años.
 - Una institución para enfermedades mentales para personas de 65 años o más.
 - Necesitar ayuda con Actividades de la Vida Diaria (ADL) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL), como vestirse, bañarse y comer.

¿Las personas con Discapacidades Intelectuales o de Desarrollo (IDD, por sus siglas en inglés) que cumplan con los criterios de elegibilidad para CFC tienen acceso a los servicios de CFC, sin importar si actualmente reciben o no servicios a través de una de las cuatro exenciones de IDD?

Sí. Las personas con IDD que cumplen con los criterios de cobertura y que reciben servicios en un hogar o entorno comunitario tienen acceso a CFC. CFC está disponible para personas que residen en su propio hogar o en el hogar de un familiar (hogar propio, entorno familiar).

¿Todas las personas pueden tener la habilitación sin importar su nivel de funcionamiento?

Todas las personas que cumplen con los criterios de elegibilidad para CFC pueden recibir habilitación si la persona tiene una necesidad no satisfecha identificada para el servicio, según lo determine la persona y el equipo de planificación de servicios mediante un proceso de planificación centrado en la persona.

Servicios de Community First Choice (CFC)

¿Qué servicios están incluidos en el beneficio de CFC?

- **Servicios de Asistencia Personal (PAS, por sus siglas en inglés):** Asistencia con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria a través de asistencia, supervisión o instrucciones prácticas.
- **Habilitación (HAB):** Adquisición, mantenimiento y mejora de las habilidades necesarias para que la persona realice las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida cotidiana y las tareas relacionadas con la salud.
- **Servicios de Respuesta ante Emergencias (ERS, por sus siglas en inglés):** Sistemas y soportes de respaldo para garantizar la continuidad de los servicios y los soportes. Los sistemas y soportes de respaldo incluyen dispositivos electrónicos para garantizar la continuidad de los servicios y apoyos, y están disponibles para las personas que viven solas, que están solas para importantes partes del día o que no tienen un cuidador regular durante períodos prolongados y que, de otro modo, requerirían una amplia supervisión de rutina.

- **Administración del apoyo:** Capacitación voluntaria sobre cómo seleccionar, administrar y rechazar asistentes. Este es un servicio voluntario que ofrece capacitación práctica de habilidades y asistencia para reclutar, supervisar, contratar, administrar y despedir asistentes.
- **Consulta de apoyo:** Un servicio opcional para aquellos que utilizan la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDS) que proporciona un asesor de soporte y un nivel de asistencia y capacitación más allá de lo proporcionado por la Agencia de Servicios de Administración Financiera (FMSA, por sus siglas en inglés) a través de los Servicios de Administración Financiera (FMS, por sus siglas en inglés). La consulta de apoyo ayuda a un empleador a cumplir con las responsabilidades requeridas del empleador de la opción CDS y a brindar con éxito los servicios del programa.
- PAS y HAB están disponibles a través de la opción CDS.

En el caso de los niños que reciben Servicios de Atención Personal (PCS), ¿el cliente debe elegir entre PCS o CFC o puede recibir ambos al mismo tiempo?

Se evalúa a los clientes para que reciban los servicios de CFC en el momento de su evaluación de PCS. En los casos en que los niños cumplan con los requisitos para los servicios de CFC, CFC reemplaza el beneficio de PCS para los niños que cumplen con los criterios de elegibilidad de CFC. Las personas que no cumplan con los criterios de elegibilidad de CFC, pero sí cumplan con los criterios de PCS, pueden obtener PCS de acuerdo con los requisitos actuales de la política de PCS.

¿Se pueden proporcionar Servicios de Asistencia Personal o Habilitación de Community First Choice (CFS PAS/HAB) a largo plazo, ya que incluyen habilitación y es posible que un niño necesite apoyo continuo para completar tareas como comer, bañarse y vestirse? Si el niño sigue necesitando CFC año tras año, ¿tendría que considerar el uso de PCS, ya que no ha obtenido suficientes habilidades para completar las tareas por sí mismo?

Los servicios de CFC no tienen límite de tiempo o edad. Las personas elegibles pueden utilizar los servicios de CFC siempre que haya necesidades.

¿Existe un límite en la cantidad de servicios de CFC que una persona puede recibir?

No existe un límite de costo anual definido para CFC. Sin embargo, la cantidad de servicios de CFC que recibe una persona se basa en una evaluación de la necesidad de un individuo de recibir el servicio, según lo desarrollado por el equipo de planificación de servicios, mediante un proceso de planificación centrado en la persona.

¿Qué son las Actividades de la Vida Diaria (ADL) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL)?

- ADL significa actividades diarias personales básicas que incluyen, entre otras, alimentación, higiene personal, aseo, vestirse, bañarse y trasladarse.
- Las IADL se refieren a actividades relacionadas con vivir independientemente en la comunidad, que incluyen, entre otras, la planificación y preparación de comidas, la administración de finanzas, la compra de alimentos, ropa y

otros elementos esenciales, la realización de tareas domésticas esenciales, la comunicación por teléfono u otros medios de comunicación y el desplazamiento por la comunidad y la participación en ella.

¿Qué es la administración de apoyo, cómo se proporcionará y cómo se compensará al proveedor?

La administración de apoyo es una capacitación voluntaria sobre cómo seleccionar, administrar y rechazar asistentes. Si una persona solicita este servicio, se espera que el proveedor de CFC proporcione a la persona información sobre la administración de apoyo. No existe una tarifa distinta para la administración de apoyo.

En general, ¿cuál es la diferencia entre los servicios de cuidado personal (PCS), los servicios de asistencia personal (PAS) y Community First Choice (CFC)?

Los PAS y PCS ofrecen servicios de asistencia personal para completar tareas relacionadas con actividades de la vida diaria (ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). CFC ofrece servicios de asistencia personal y habilitación. Habilitación incluye adquisición, mantenimiento y mejora de las habilidades necesarias para que la persona realice las ADL, las IADL y las tareas relacionadas con la salud. Además, las personas que reciben CFC deben cumplir con los requisitos del nivel de atención institucional.

¿Existe un límite en la cantidad de servicios de Community First Choice (CFC) que pueden recibir las personas?

No existe un límite de costo anual definido para CFC. Sin embargo, la cantidad de servicios de CFC que recibe una persona se basa en una evaluación de la necesidad de un individuo de recibir el servicio y la consideración de las necesidades no satisfechas, según lo desarrollado por el equipo de planificación de servicios, mediante un proceso de planificación centrado en la persona.

¿CFC reemplaza el servicio de relevo?

No. CFC no reemplaza el servicio de relevo. El relevo sigue siendo un servicio en los programas de exención. El relevo no cambia como parte de esta iniciativa. Los servicios de relevo no se pueden proporcionar al mismo tiempo que los servicios de Community First Choice o los servicios de asistentes personales/habilitación (CFS PAS/HAB).

¿El plan estatal incluye servicios de relevo?

No, el servicio de relevo no es un beneficio del plan estatal.

¿CFC tiene un impacto en la habilitación durante el día?

La habilitación durante el día no es un servicio de CFC y sigue siendo un servicio en los programas de exención para discapacidades intelectuales o del desarrollo (IDD). La habilitación durante el día no cambia como parte de esta iniciativa. La habilitación durante el día no se puede proporcionar al mismo tiempo que CFC PAS/HAB.

¿Están disponibles los Servicios de Respuesta ante Emergencias de Community First Choice (CFC ERS) para las personas que no viven en su propio hogar o en un entorno familiar (por ejemplo, un centro de vida asistida)?

No. Los CFC ERS solo está disponible para las personas que residen en su propio hogar o en un entorno de hogar familiar.

Determinaciones del nivel de atención y evaluaciones para la elegibilidad de CFC

¿Quién es responsable de determinar el nivel de atención para la elegibilidad de CFC?

Existen tres niveles de determinaciones de atención que incluyen: Centro de enfermería/hospital, centros de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID) e instituciones para enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés) (para personas menores de 21 años y mayores de 64 años). Las diferentes entidades son responsables de la finalización y aprobación, según el programa a través del cual se ofrezca CFC. Texas Children's Health Plan es responsable de evaluar y autorizar los servicios de CFC, que pueden incluir la colaboración con la Autoridad Local de Salud Mental o la Autoridades Local de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (LIDDA). Consulte la herramienta de resumen de proveedores de CFC adjunta para obtener más información sobre las partes responsables de las actividades de CFC.

¿Quién es responsable de completar la evaluación funcional?

Las diferentes entidades son responsables de completar la evaluación funcional, según el programa a través del cual se ofrezca CFC.

¿La reevaluación del nivel de atención (LOC) sigue siendo necesaria anualmente?

Sí, las determinaciones del nivel de atención (LOC, por sus siglas en inglés) se necesitan anualmente o en caso de que se produzca un cambio significativo en la afección.

Planificación centrada en la persona

¿Qué es la planificación centrada en la persona?

La planificación centrada en la persona es un proceso individualizado que incluye a las personas elegidas por la persona que recibe los servicios y es dirigida por la persona en la medida máxima posible. La planificación le permite a la persona realizar elecciones y tomar decisiones informadas, es oportuna y se produce en momentos y ubicaciones convenientes para la persona. El proceso refleja las consideraciones culturales de la persona, incluye estrategias para resolver conflictos o desacuerdos durante el proceso y ofrece opciones a la persona con respecto a los servicios y apoyos que recibe y de quien los recibe. El proceso centrado en la persona incluye un método para que la persona necesite actualizaciones del plan y registra los parámetros de elección que el individuo consideró.

¿Quién debe recibir capacitación sobre la planificación centrada en la persona?

Todas las personas inscritas en STAR Kids deben recibir capacitación sobre la planificación centrada en la persona.

Proceso de apelaciones de Community First Choice (CFC)

¿Las personas tienen derechos a presentar apelaciones por denegaciones de elegibilidad en CFC?

Sí, las personas tendrán derecho a apelar cualquier acción adversa relacionada con CFC (reducciones y denegaciones de servicios, suspensiones, denegación de elegibilidad, terminaciones). Para iniciar una apelación ante CFC, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Configuración de CFC

¿Dónde se pueden proporcionar los servicios de CFC?

Todos los servicios de CFC se proporcionan en un entorno basado en el hogar o la comunidad, que no incluye un centro de enfermería, un hospital que proporciona servicios de atención a largo plazo, una institución para enfermedades mentales y un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual o afecciones relacionadas o un entorno con las características de una institución.

¿Pueden las personas en hogares para grupos recibir CFC?

Una persona debe vivir en su propio hogar o en su hogar familiar para recibir los servicios de CFC.

¿Las personas que abandonan un centro de enfermería (NF) y entran a la comunidad cumple con los requisitos para CFC?

Si una persona está en transición desde un centro de enfermería y sigue cumpliendo con los criterios de elegibilidad para CFC (descritos en la pregunta 1), podrá recibir servicios de CFC si tiene una necesidad identificada.

Cobertura integral

Texas Children's Health Plan ofrece servicios de cobertura integral de Medicaid para medicamentos para pacientes ambulatorios, productos biológicos, ciertos suministros limitados de salud en el hogar (LHHS, por sus siglas en inglés) y vitaminas y minerales, según se identifica en el archivo de excepción de medicamentos de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) para los miembros de STAR Kids.

Si tiene Medicare y otra cobertura de seguro médico, cada tipo de cobertura se denomina "pagador". Cuando hay más de un pagador, las reglas de "coordinación de beneficios" determinan cuál paga primero. El "pagador primario" paga lo que debe en sus facturas primero y luego envía el resto al "pagador secundario" para que pague. En algunos casos, también puede haber un tercer pagador.

En el caso de STAR Kids, el seguro que paga primero (pagador primario) paga hasta los límites de su cobertura y se utilizan los beneficios de STAR Kids. Asegúrese de informar a su médico o coordinador de servicios si tiene otra cobertura de seguro.

¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?

No se le pueden cobrar gastos de "distribución de los costos" de Medicare, incluidos deducibles, coaseguro y copagos que estén cubiertos por Medicaid.

Responsabilidades de copago del miembro

No tiene ningún copago.

Miembros con necesidades de atención médica especiales***¿A quién puedo llamar si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?***

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 800-659-5764. 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.

Servicios para miembros

Servicios para miembros

Si tiene preguntas sobre su cobertura o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764. El número de teléfono también se encuentra en la parte inferior 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 en línea, los representantes de Servicios para Miembros pueden hablar con usted en 140 idiomas. Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También aceptamos sus llamadas para contarnos cómo nos está yendo. Agradecemos los comentarios y consejos sobre cómo podemos brindarle un mejor servicio.

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 preguntas.
- 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.

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 llamo para obtener los servicios de un intérprete?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 800-659-5764 para solicitar un intérprete.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Infórmenos si necesita estos servicios al menos 48 horas antes de su visita. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 800-659-5764, 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 800-659-5764.

Ayuda para las personas con discapacidad visual

Si tiene una deficiencia visual, Texas Children's Health Plan le proporcionará los materiales de su plan de salud en letra grande, 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 (TTY) 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.

Puede obtener los 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 puede obtener muchos de los otros materiales educativos sobre la salud que le brindamos a los miembros a través de nuestra biblioteca de educación sobre la salud que también están disponibles en español.

Qué hacer si se muda

¿Qué tengo que hacer 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 de Texas (HHSC) y al Departamento de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan llamando al 800-659-5764. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área, 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 800-659-5764.

¿Qué información me solicitarán?

Tenga la factura a mano para que pueda indicarnos lo siguiente:

- El 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

A veces, Texas Children's Health Plan puede hacer algunos cambios en la forma en que funciona, en los servicios cubiertos o en la red de médicos y hospitales. Le enviaremos una carta cuando 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 Kids 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 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 de Medicaid. También tendrá el mismo proveedor de atención primaria que tenía 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. Deberá renovar sus beneficios cada 6 meses. 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. Si necesita ayuda para completar su paquete de renovación, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Cómo renovar

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

Texas Children's Health Plan puede ayudarlo a completar su solicitud de renovación. Llámenos al 800-659-5764.

Las familias deben renovar la cobertura de Medicaid de sus hijos cada año. En los meses anteriores a que finalice 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, si los planes de salud de Medicaid están disponibles.
- Reenvíe la solicitud de renovación y los comprobantes antes de la fecha de vencimiento.

Una vez que la HHSC reciba la solicitud de renovación y los comprobantes, el personal verificará si los hijos de la familia aún cumplen con los requisitos para el programa actual o para otro programa. Si un niño es remitido a otro programa (Medicaid), la HHSC enviará a la familia una carta para informarles sobre la remisión y luego analizará si el niño puede obtener beneficios en el otro programa.

Si el niño cumple con los requisitos, 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 877-782-6440.

Cómo completar el proceso de renovación

Cuando los niños aún cumplen con los requisitos 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.

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 estos son como 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. Para más información, llame a servicios para miembros al 800-659-5764.

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 necesite atención médica, tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención que recibirá y hablar sobre estas decisiones con sus médicos. Si está demasiado enfermo para decidir sobre su atención médica, una instrucción anticipada (instrucciones que nos entrega con anticipación) le informará a su médico qué tipo de atención desea o nombrará a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica por usted.

¿Qué son las instrucciones anticipadas?

Una instrucción anticipada 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) fuera del hospital** – Este es un formulario que debe completar con el médico y le permite rechazar tratamientos específicos que salvan vidas fuera de un hospital.
- **Poder notarial médico** – Un poder notarial médico le permite elegir a alguien de su confianza para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que no pueda hacerlo usted mismo.
- **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 800-659-5764.

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

Como miembro de Texas Children's Health Plan, 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 hablan (aparte del inglés), así como la identificación de los proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción en su libertad 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 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 cuáles son los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después del horario de atención, y cuáles son 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 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 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.
- Recomendaciones de práctica de Texas Children's Health Plan.

Medicaid y el seguro privado

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

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

- Se cancela el otro seguro médico.
- Consigue nueva cobertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

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

Si tiene otro seguro, aun puede cumplir con los requisitos para tener 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 usted tenga seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a la otra compañía de seguro médico.

Planes de incentivo para médicos

Texas Children's Health Plan no puede hacer pagos conforme a 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 a saber si su proveedor de atención primaria (médico de cabecera) participa en el plan de incentivos para médicos. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar al 800-659-5764 para obtener más información al respecto.

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 todas las leyes vigentes, tratamos cuidadosamente su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) 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 privacidad en su Manual para miembros y en nuestro sitio web en texaschildrenshealthplan.org. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de privacidad llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 800-659-5764. Si tiene preguntas sobre nuestro aviso, llame a Servicios para Miembros.

Cuando no está satisfecho o tiene una queja

¿Qué es una queja?

Una queja se presenta cuando usted 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? ¿A quién llamo?

Estamos aquí para ayudar. Si tiene una queja, llámenos al 800-659-5764 para informarnos sobre su problema. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764. 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
PO 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 plazos para presentar una queja?

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

¿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 tomará medidas dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja. Se le enviará una carta.

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 proceso de quejas de Texas Children's Health Plan, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando al 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 la carta de decisión.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es el proceso que usted o alguien que actúe en su nombre solicita cuando está insatisfecho con la acción de Texas Children's Health Plan, y 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 800-659-5764. Un representante de miembros puede ayudarlo a presentar su solicitud de apelación. Puede iniciar una apelación de forma verbal o por escrito. 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
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. Puede presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción del aviso de la acción.

Para continuar recibiendo los servicios actualmente 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. 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 acuerdo 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
Attention: Member Services Complaints
PO Box 301011 WLS 8360
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 inicial de apelación, de manera verbal o escrita. Usted o su representante pueden solicitar una extensión de 14 días. Texas Children's Health Plan puede extender el período si se demuestra que la extensión es de interés del miembro. Texas Children's Health Plan también puede solicitarle una extensión si necesitamos obtener más información. Si Texas Children's Health Plan inicia la extensión, el miembro debe recibir una notificación por escrito del motivo de la demora.

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

¿Qué es una apelación de emergencia?

Una apelación de emergencia ocurre cuando Texas Children's Health Plan tiene que tomar rápidamente una decisión debido a 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? ¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?

Las solicitudes de apelaciones de emergencia pueden ser orales o escritas. Cuando recibamos su solicitud de una apelación acelerada, 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. Si decidimos que su apelación necesita una revisión acelerada, se tomará una decisión en menos de un (1) día hábil posterior 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. Texas Children's Health Plan también puede solicitarle 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? ¿Debo presentar mi solicitud por escrito? ¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

Puede llamar sin costo a Servicios para Miembros al 800-659-5764 y solicitar ayuda para presentar una apelación. Un defensor de miembros está listo para ayudarlo. Las apelaciones se deben aceptar oralmente o por escrito. El médico de su hijo puede 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
800-659-5764
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 800-659-5764 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 Kids al 800-659-5764, 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 800-659-5764.

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 800-659-5764 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.

Derechos y responsabilidades del miembro

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos del miembro:

1. Tiene el derecho a ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y a 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 escoger un plan de salud y un proveedor de atención primaria. Este es el médico o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho a cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente 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 a 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 se le negó y no se le

dio la atención o el servicio.

4. Tiene el derecho a aceptar tratamiento o rechazarlo, y a tomar parte activa 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 a utilizar todos los procesos de quejas y apelación disponibles a través de Texas Children's Health Plan y Medicaid, y a 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. Solicitar una audiencia imparcial del estado sin una revisión médica externa 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 afección 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 clara sobre las reglas del plan de salud, inclusive 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 a saber que los médicos, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarlo 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 a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
10. Tiene derecho a recibir información sobre el Texas Children's Health Plan, sus servicios, los médicos, los hospitales y otras personas que lo atienden puede asesorarlo sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento, y sus derechos y responsabilidades.

Responsabilidades del miembro:

1. Debe conocer y entender 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 respetar 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.
 - Elegir 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 sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - Asegurarse de contar con 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 conocer 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 todos sus medicamentos.

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 o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las normas y reglamentos que afectan a 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 le 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) de EE. UU. al 800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en www.hhs.gov/ocr.

¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) 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 los nebulizadores, artículos para la ostomía

y otros artículos 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 médico que se compran sin receta, pañales, leche de fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

¿Tiene preguntas sobre estos beneficios? Llame al 800-659-5764.

Para los miembros de 21 años de edad o más, Medicaid está obligado a considerar la cobertura de DME y suministros médicamente necesarios según la disposición denominada Equipos médicos duraderos (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 consideren un beneficio de Medicaid. Las solicitudes de DME y suministros de atención médica a domicilio en circunstancias excepcionales deben contar con autorización previa. Las solicitudes de DME y suministros médicamente necesarios no cubiertos como beneficio según Texas Medicaid deben presentarse a través del proceso de circunstancias excepcionales de DME y suministros de atención médica a domicilio.

Fraude y abuso

¿Desea informar un fraude, malgasto y abuso?

Infórmenos 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 fraude, malgasto y abuso, lo cual va en contra de 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.

Para informar un fraude, malgasto y abuso:

- 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: 800-659-5764
Correo electrónico: TCHPSIU@texaschildrens.org
- O llame a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) al 800-436-6184

o visite <https://oig.hhs.texas.gov/> y haga clic en "Report Fraud" (Informar fraude).

Para informar fraude, malgasto y abuso, 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 de enfermería, agencia de atención médica a domicilio, etc.).
- El número de Medicaid del proveedor y el centro, si lo conoce.
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
- El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación.
- Las fechas de los sucesos.
- Un resumen de lo ocurrido.

Al denunciar a 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 conoce.
- La ciudad donde vive la persona.
- Detalles sobre el fraude, malgasto y abuso.

Cómo denunciar el abuso, el descuido y la explotación

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, que incluyen no sufrir de abuso, descuido y explotación.

¿Qué es el abuso, el descuido y la explotación?

El abuso es daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir estos daños.

El descuido causa hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc. El descuido también incluye la falta de calefacción, agua potable, electricidad, atención médica e higiene personal.

La explotación es el mal uso de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye cobrar cheques de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar propiedad y otros recursos.

Cómo informar un abuso, un descuido y una explotación

La ley requiere que usted informe sobre sospechas de abuso, descuido o explotación, inclusive el uso no aprobado de restricciones o aislamiento que haga un proveedor.

Llame al 9-1-1 para informar situaciones de emergencia o que ponen en peligro la vida.

Informe por teléfono (sin carácter de emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo.

Informe al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) llamando al 800-647-7418 si la persona que sufre abuso, descuido o explotación vive en alguno de los siguientes lugares o recibe servicios de alguno de los siguientes:

- Centro de enfermería
- Centro de vida asistida
- Centro de cuidado diurno para adultos
- Proveedor de cuidado en hogares sustitutos para adultos con licencia
- Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y en la Comunidad (HCSSA, por sus siglas en inglés) o una agencia de atención médica a domicilio

Las sospechas de abuso, descuido o explotación cometidos por una HCSSA también se tienen que informar al Departamento de Servicios de Protección y Familia (DFPS, por sus siglas en inglés). Informe al DFPS sobre cualquier otra sospecha de abuso, descuido o explotación llamando al 800-252-5400.

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos por una contraseña.

Información útil al presentar un informe

Al informar sobre el abuso, el descuido o la explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y los teléfonos de cada persona involucrada.

Como miembro de Texas Children's Health Plan, 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 procedimientos 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 especialistas y a otros servicios que el proveedor de atención primaria no presta.
- Pautas de práctica del plan 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 rehabilitación: 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.

