



Texas Children's Health Plan[®]

La mejor decisión para su familia.



Texas Children's Health Plan La mejor decisión para su familia.

Manual para Miembros de STAR Kids

Guía rápida—A quién llamar

Si necesita:

Llame al:

Texas Children's Health Plan

Servicios para Miembros, gratis al 1-866-959-2555 o TDD 1-800-735-2989 (Texas Relay) o 7-1-1 para averiguar cómo recibir estos servicios cubiertos para usted o para su hijo. Servicios para Miembros está disponible de 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes. Fuera del horario de atención, durante los fines de semana o feriados, nuestro servicio de mensajes lo asistirá y/o tomará sus recados.

Un Defensor de los Derechos de los Miembros le devolverá el llamado el siguiente día hábil. En caso de emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana que pertenezca a la red o llame al 9-1-1. Puede hablar con un Defensor de los Derechos de los Miembros en inglés o en español. También hay intérpretes telefónicos disponibles en 140 idiomas.

La atención de un médico

Su proveedor de atención primaria. El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación. Su proveedor de atención primaria está disponible las 24 horas del día los 7 días a la semana.

Equipo de Coordinación de servicios

Para solicitar hablar con su Coordinador de servicios, para solicitar información de atención, preguntar acerca de su plan de servicios o solicitar una visita en el domicilio. El Equipo de Coordinación de servicios cuenta con personal que habla inglés y español. Hay intérpretes telefónicos disponibles que hablan 140 idiomas.

Tratamiento para salud mental o abuso de sustancias

Línea de ayuda para salud mental y abuso de sustancias, gratis al 1-800-731-8529 para averiguar cómo obtener los servicios. Disponible las 24 horas del día los 7 días a la semana. No se necesita ser derivado por un proveedor de atención primaria. La línea de ayuda cuenta con personal que habla inglés y español. También hay intérpretes telefónicos disponibles en 140 idiomas. Si tiene una emergencia y necesita tratamiento de inmediato, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Línea de Asistencia de Enfermería

Gratis al 1-800-686-3831 o TDD 1-800-735-2989 (Texas Relay). Hay enfermeras certificadas disponibles las 24 horas del día, todos los días. (Observación: Este número de teléfono no es para atención de emergencia.) La línea de ayuda cuenta con personal que habla inglés y español, conoce bien el Programa STAR Kids, los servicios cubiertos, la población de STAR Kids y los recursos de proveedores. Hay intérpretes telefónicos disponibles que hablan 140 idiomas.

Atención de emergencia

Vaya a una sala de emergencias de un hospital de la red. Si la situación pone en riesgo la vida, vaya a la sala de emergencias más cercana. No se necesita la derivación de un proveedor de atención primaria.

Atención Urgente

Su proveedor de atención primaria o la Línea de Asistencia de Enfermería de Texas Children's Health Plan al 1-800-686-3831, TDD 1-800-735-2989 o 7-1-1.

Atención hospitalaria

Su proveedor de atención primaria o un especialista, quién coordinará la atención que necesite.

Planificación Familiar

Su proveedor de atención primaria, un obstetra/ginecólogo de la red o un proveedor de planificación familiar de Medicaid como Planned Parenthood. No se necesita la derivación de un proveedor de atención primaria. Este manual incluye una lista de proveedores de planificación familiar.

Atención de la vista

Llame gratis a Superior Vision al 1-800-879-6901. No se necesita la derivación de un proveedor de atención primaria.

Recetas

Número gratis de Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 Opción 7 para averiguar los nombres de las farmacias que participan en la red o para obtener ayuda para la expedición de una receta.

Atención odontológica* (para menores de 21 años)

El plan dental de Medicaid de su hijo. Su hijo tendrá uno de los siguientes planes dentales.

- DentaQuest 1-800-516-0165.
- MCNA Dental 1-800-494-6262.

También figura en la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card de su hijo. Si no sabe cuál es el plan dental de Medicaid de su hijo, llame gratis a la línea de ayuda de STAR Kids al 1-800-964-2777.

Atención odontológica de adultos

FCL Dental, atención dental para adultos de 21 años y más, llame gratis al 1-866-548-8123.

Transporte a la consulta médica*

Programa de transporte al médico, llame gratis al 1-877-633-8747.

Información para inscripción en Medicaid

Llame gratis a la línea de ayuda de STAR Kids al 1-800-964-2777.

Información sobre atención médica administrada

STARLINE 713-767-3919 o gratis al 1-800-411-9929.

Elegibilidad y renovación de Medicaid

Su trabajador del caso de la HHSC, marque 2-1-1.

Equipo de asistencia para atención administrada del ombudsman

Llame gratis al 1-866-566-8989, TDD 1-866-222-4306.

Women, Infants, and Children (WIC)*

Llame gratis al 1-800-942-3678.

*Texas Children's Health Plan no cubre estos servicios. Puede obtenerlos directamente de un proveedor de Medicaid usando la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card.

Índice

Bienvenido a Texas Children's Health Plan	4
Cómo funciona el plan	
Su proveedor de atención primaria.....	5
Cambio de su proveedor de atención primaria	6
Su proveedor de atención primaria también puede pedir cambios	7
Su proveedor de atención primaria se retira de Texas Children's Health Plan	7
Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan	8
Cómo leer su tarjeta de identificación	8
La tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card	9
Forma 1027-A de identificación provisoria de Medicaid	9
Derivaciones y atención de especialistas	9
Segundas opiniones.....	10
Servicios que no requieren una derivación de su proveedor de atención primaria.....	10
Atención de Obstetricia y Ginecología	10
¿Qué sucede si estoy embarazada?	11
Atención del recién nacido	11
Programa de Texas de Salud para la Mujer.....	12
Programa de atención médica primaria del DSHS	12
Programa ampliado de atención médica primaria del DSHS.....	13
Programa de Planificación Familiar del DSHS	13
Cuando usted necesita ver un médico	13
Atención médica de rutina	13
Atención Urgente.....	13
Atención fuera del horario de consulta.....	14
Atención de emergencia.....	14
Atención posestabilización	15
Atención médica cuando se encuentra de viaje.....	15
Atención hospitalaria	16
Atención médica en el domicilio.....	16
¿Qué significa "necesario por razones médicas"?.....	16
¿Qué es el Portal del Miembro?	16
Beneficios y Servicios	
Beneficios y Servicios	17
¿Cómo obtener los servicios con cobertura?	18
Servicios que no están cubiertos	19
Proceso de Autorización previa	19
Pasos Sanos de Texas.....	20
Servicios odontológicos	21
Trabajadores agrícolas migrantes	22
Evaluaciones de riesgos de la salud.....	22
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?.....	22
Suministro de emergencia de medicamentos recetados	23
Programa Medicaid Lock-in	24
Servicios de atención de salud mental y drogadicción.....	24
Servicios de rehabilitación de salud mental y manejo de casos orientado a la salud mental.....	24
Atención de la vista.....	25
Servicios de planificación familiar	25
Manejo de enfermedades	25
Programa de transporte al médico (MTP).....	26
Servicios de ambulancia	26
Servicios de audiología	26
Servicios adicionales que Texas Children's Health Plan ofrece	27
Miembros con necesidades especiales de atención médica	28
Otros servicios o programas de Medicaid	28
¿Qué es la Intervención en la primera infancia (ECI)?.....	28
¿Qué es la Administración de casos para niños y embarazadas (CPW)?	29
¿Qué es Head Start y cómo se obtiene?.....	29
Opciones de prestación del servicio	30
Servicios dirigidos por el consumidor	30

Opción de responsabilidad del servicio	30
Opción de agencia	30
Coordinación de servicios	31
Especialista en transición	31
Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)	31
Beneficios de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	32
Centro de atención pediátrica prolongada y recetada (PPECC)	34
Centro de enfermería	34
Beneficios de cuidados agudos	34
Plan de Servicio Individual (ISP)	34
Health Home	35
Enfermera privada	35
¿Qué es la Project Rental Assistance?	36
Equipos médicos duraderos (DME)	36
Community First Choice (CFC)	36
Servicios de CFC	37
Determinaciones del nivel de atención y evaluaciones para la elegibilidad para recibir CFC	38
Planificación Centrada en la Persona	38
Proceso de apelación de CFC	39
Lugares donde se provee CFC	39
Cobertura integral	39
¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme servicios o suministros si tengo Medicare y Medicaid?	39
Responsabilidades de copago de los miembros	39

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros	40
Servicios de traducción e interpretación	40
Ayuda a personas con problemas de la vista	40
Servicios de dispositivo telefónico auxiliar para sordos para miembros con impedimentos de audición o del habla	40
Materiales para miembros, en inglés y en español	40
Qué hacer si se muda	41
¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? ¿A quién debo llamar?	41
Cambios en Texas Children’s Health Plan	41
Cómo cambiar de plan de atención médica	41
Cómo cambiar el plan de atención médica para su bebé	41
Su plan de atención médica también puede pedir cambios	42
Renovar a tiempo sus beneficios de Medicaid	42
Cómo renovar	42

Derechos y Responsabilidades

Revisión de nuevos procedimientos médicos	43
Si está demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica	43
Divulgación de información	43
Información que puede solicitar y recibir anualmente de Texas Children’s Health Plan	43
Medicaid y los seguros privados	44
Planes de incentivo para proveedores	44
Su privacidad	44
Cuando no está conforme o tiene una queja	44
Apelaciones	46
¿Qué es una audiencia imparcial?	47
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	48
Fraude y abuso	50
Abuso, negligencia o explotación	51

Proveedores de Planificación Familiar

Guía para las directivas anticipadas y directivas anticipadas para el tratamiento de la salud mental

Tomar decisiones acerca de su atención y tratamiento y atención y tratamiento de salud mental	54
Preguntas y Respuestas	54
¿Tiene preguntas o necesita ayuda?	56

Bienvenido a Texas Children's Health Plan

Nos alegramos que haya escogido a Texas Children's Health Plan para su familia. Texas Children's Health Plan fue fundado en 1996 por el Texas Children's Hospital. Texas Children's Health Plan es la primera Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) del país creada sólo para los niños. Ofrecemos una red de atención primaria, especialistas y una gran red de hospitales. Por ser miembro, podrá utilizar beneficios adicionales como por ejemplo una línea de atención de enfermería las 24 horas y servicios extra de atención de relevo. También ofrecemos eventos especiales como un día de cine para nuestros miembros.

Este manual le servirá para conocer cómo funciona su plan de atención médica. Le dice qué esperar y cómo sacar el máximo provecho de su cobertura. Incluye información sobre:

- Cómo obtener atención médica cuando está enfermo.
- Cómo cambiar de médico.
- Qué hacer cuando se enferma estando fuera de la ciudad o cuando el consultorio de su médico está cerrado.
- Sus derechos y obligaciones como miembro del plan.
- Cómo llamar al plan de atención médica cuando tiene preguntas o necesita ayuda.
- Qué beneficios y servicios están cubiertos.
- Los servicios adicionales que Texas Children's Health Plan ofrece.

Tómese unos minutos para leer este manual detenidamente. Si tiene dificultad para entender, leer o ver la información de este manual, nuestros Defensores de los Derechos de los Miembros pueden proveerle servicios especiales para cubrir sus necesidades. Llame a Servicios para Miembros, gratis al 1-800-659-5764. Por ejemplo, en caso de necesitarlo, podemos entregarle este manual en audio, con tipografía grande, en braille o en otros idiomas.

Para nosotros es muy importante mantenerlo sano. Es por eso que queremos que se haga controles regulares y se aplique las vacunas. 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 provee la mayoría de su atención médica. Usted y su médico deberían trabajar juntos para mantener su buena salud y para cuidarlo cuando no se sienta bien. Hay 3 cosas importantes que debe hacer para aprovechar al máximo su cobertura médica:

1. Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan y la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card. Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan y la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card son necesarias para recibir atención. Muéstreles cada vez que consulte a un médico, vaya al hospital o reciba medicamentos con receta. No permita que nadie más utilice su tarjeta.
2. Llame primero a su proveedor de atención primaria cuando la consulta no es de emergencia. Salvo en casos de emergencia, siempre llame primero a su médico. De esa forma, él o ella puede ayudarlo a obtener la atención médica que necesita.
3. Guarde este manual y la información incluida en su paquete para su uso en el futuro.

Nos alegramos que haya escogido a Texas Children's Health Plan. Es un placer atenderlos. Si tiene alguna pregunta, llame al número gratis de Servicios para Miembros al 1-800-659-5764, TDD 1-800-735-2989 (Texas Relay), o 7-1-1. Atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los feriados, nuestro servicio de contestadora está listo para ayudarlo y/o tomar sus mensajes. Un Defensor de los Derechos de los Miembros le devolverá el llamado el siguiente día laborable.

La cobertura de STAR Kids de Texas Children's Health Plan está diseñada para proveerle el uso de una red de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios para la salud dedicados a brindar buena atención médica. Nuestro plan de atención médica se basa en la creencia de que usted y su proveedor de atención primaria son las dos personas mejor capacitadas para cuidar de su salud. Piense en su proveedor de atención primaria como su centro de atención médica. Si está enfermo, necesita un control o tiene una pregunta por un tema médico, llame a su proveedor de atención primaria.

Recuerde llevar con usted su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan y la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card cada vez que recibe atención médica.

Su proveedor de atención primaria

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Su proveedor de atención primaria es considerado como su centro de atención médica. Él o ella ayuda a ocuparse de todas sus necesidades de atención médica. Mantiene su historia clínica para usted y conoce sus antecedentes médicos. Una buena relación con un proveedor de atención primaria lo ayuda a mantenerse sano.

Puede escoger a cualquier proveedor de atención primaria dentro de la red de Texas Children's Health Plan para que sea su médico principal. Si tiene un proveedor de atención primaria de otro plan de seguro, usted puede continuar para ir a un proveedor de atención primaria. Cada persona que vive en su hogar que es miembro puede escoger al mismo proveedor de atención primaria o a uno diferente. Debería escoger a un médico con un consultorio y horario de atención que le resulten convenientes. Los nombres, las direcciones y los teléfonos de los proveedores de atención primaria se encuentran en el Directorio de Proveedores de Texas Children's Health Plan. Si necesita un directorio actualizado, llame al número gratis de Servicios para Miembros al 1-800-659-5764. Si a usted le agrada su médico actual, puede continuar viéndolo siempre que figure en el directorio. Si tiene problemas para escoger un proveedor de atención primaria, llámenos. Con gusto lo ayudaremos.

¿Puede una clínica ser proveedor de atención primaria?

Sí. Los proveedores de atención primaria pueden ser:

- Médicos de familia.
- Pediatras (para niños y adolescentes).
- Médicos generales.
- Médicos internistas.
- Enfermeros especialistas (ANP).
- Clínicas médicas aprobadas por el gobierno federal (FQHC).
- Clínicas médicas rurales (RHC).
- Clínicas comunitarias.
- Especialistas.

Es importante que conozca a su proveedor de atención primaria. También es importante darle al médico la mayor cantidad de información posible sobre su salud. Su proveedor de atención primaria llegará a conocerlo bien, efectuará los controles habituales y lo tratará cuando esté enfermo. Es importante que siga los consejos de su proveedor de atención primaria y participe en las decisiones sobre su atención médica.

No es aconsejable esperar hasta estar enfermo para conocer a su proveedor de atención primaria. Coordine de inmediato su primer control o consulta de Pasos Sanos de Texas. Servicios para Miembros puede ayudarlo a coordinar su consulta. También podemos ayudarlo a conseguir transporte para ir al consultorio de su médico. Llámenos gratis al 1-800-659-5764.

¿Qué necesito llevar a la consulta con mi médico?

Cuando necesite atención médica, simplemente llame al consultorio del proveedor de atención primaria para hacer una cita. El número de teléfono aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Si necesita atención médica el mismo día, llame a su proveedor de atención primaria lo más temprano posible.

Cuando llame:

- Tenga al alcance la tarjeta de identificación de miembro.
- Esté listo para indicarle al médico su problema de salud o la razón de la consulta.
- Tome nota del día y la hora de la consulta.

Cuando vaya a la consulta, no olvide:

- Su tarjeta de identificación de miembro y la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card.
- Los medicamentos recetados que está tomando.
- Papel para tomar nota de la información que recibe del médico.

En caso que sea la primera consulta con este médico, también lleve el nombre y la dirección del médico anterior. Los niños deberían llevar el registro de sus vacunas.

Llegue a tiempo a sus consultas con el médico. Llame al consultorio de su médico lo antes posible en caso de que no pueda ir o si va a llegar tarde. Lo ayudarán a cambiar la cita para otro día u horario. Además no olvide cambiar o cancelar el transporte si lo programó. A veces es difícil recordar llamar para cancelar la cita pero es importante hacerlo para que otras personas que necesiten las consultas puedan aprovecharlas.

¿Puede un especialista ser considerado alguna vez proveedor de atención primaria?

Hay ocasiones en las que Texas Children's Health Plan permitirá que un especialista sea su proveedor de atención primaria. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para obtener más información. Su proveedor de atención primaria u otro médico que trabaje con él o ella está disponible las 24 horas del día, todos los días.

Cambio de su proveedor de atención primaria

Su relación con su médico es muy importante. Si usted decide que el proveedor de atención primaria que escogió no cubre sus necesidades o bien le indican que ya no es parte de Texas Children's Health Plan, usted tiene derecho a escoger otro médico.

También puede cambiar de proveedor de atención primaria si:

- No está contento con los servicios que le ofrece.
- Necesita un tipo diferente de médico.
- El consultorio del proveedor de atención primaria está muy lejos porque usted se mudó.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

En el Directorio de Proveedores encontrará 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 si necesita ayuda para escoger un nuevo proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros, gratis al 1-800-659-5764. Con gusto lo ayudaremos.

Nuestros Defensores de los Derechos de los Miembros pueden informarlo sobre:

- El horario de atención del médico.
- Los idiomas que habla el médico y el personal del consultorio.
- La especialidad del médico.
- Los límites de edad de los pacientes.
- Las restricciones a la aceptación de pacientes nuevos.

¿Hay alguna razón para que la solicitud de cambio de proveedor de atención primaria sea negada?

Algunas veces quizá no pueda tener el proveedor de atención primaria que escogió. Esto sucede cuando el proveedor de atención primaria que escogió:

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

¿Cuántas veces puedo cambiar de proveedor de atención primaria para mí o para mi hijo?

No hay límite en cuanto al número de veces que puede cambiar de proveedor de atención primaria para usted o para su hijo. Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamando gratis al 1-800-659-5764 o escribiendo a:

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

¿Y si decido ir a otro médico que no es mi proveedor de atención primaria?

A menos que tenga otro seguro primario, siempre llame a Servicios para Miembros para cambiar de proveedor de atención primaria antes de coordinar una consulta con otro médico.

¿Cuándo será efectivo el cambio de proveedor de atención primaria?

Cuando cambia de proveedor de atención primaria, el cambio será válido a partir del día siguiente. Recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación de miembro. La tarjeta de identificación tendrá el nombre y teléfono del nuevo proveedor de atención primaria. Asegúrese de que se envíe su historia clínica a su nuevo médico.

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

¿Y si deseo saber más sobre mi médico?

Puede saber más sobre su médico, como por ejemplo, a qué universidad fue, su especialidad o el estatus de certificación ante la junta médica en nuestro sitio web en www.TexaschildrensHealthPlan.org. Haga clic en el enlace “Buscar un Médico”.

Su proveedor de atención primaria también puede pedir cambios

¿Puede mi proveedor de atención primaria trasladarme a otro proveedor de atención primaria por incumplimiento?

Su proveedor de atención primaria puede solicitar que usted escoja otro proveedor de atención primaria si usted:

- No va y no llama para avisar que no irá a la consulta.
- A menudo llega tarde a las consultas.
- 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 su proveedor de atención primaria le pide que cambie a un nuevo proveedor le enviaremos una carta. En la carta se le informará que debe escoger un nuevo proveedor de atención primaria. Si usted no lo hace, nosotros lo haremos por usted.

Su proveedor de atención primaria se retira de Texas Children's Health Plan

¿Qué debo hacer si mi proveedor de atención primaria se va?

Si su proveedor de atención primaria decide finalizar su participación en Texas Children's Health Plan, le avisaremos en un plazo de 15 días de habernos enterado de la decisión del médico. Usted puede escoger otro proveedor de atención primaria. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764. Un Defensor de los Derechos de los Miembros lo ayudará a realizar el cambio.

Si usted se encuentra bajo tratamiento necesario por razones médicas, es posible que pueda continuar la atención con el mismo médico si él está dispuesto a seguir atendéndolo. Cuando encontremos en nuestra lista un nuevo proveedor de atención primaria que pueda brindarle el mismo tipo de atención, lo cambiaremos de proveedor.

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

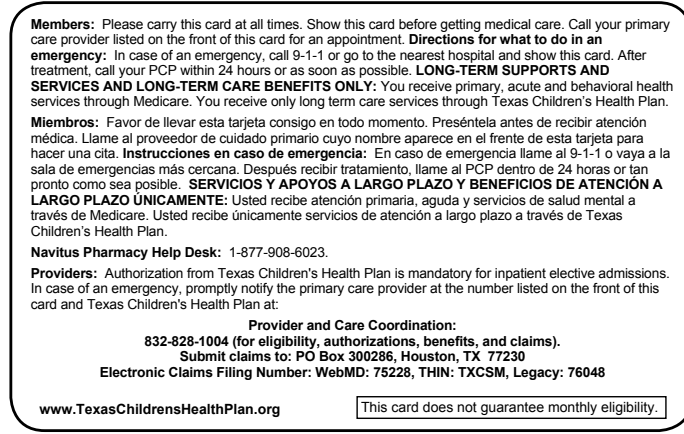
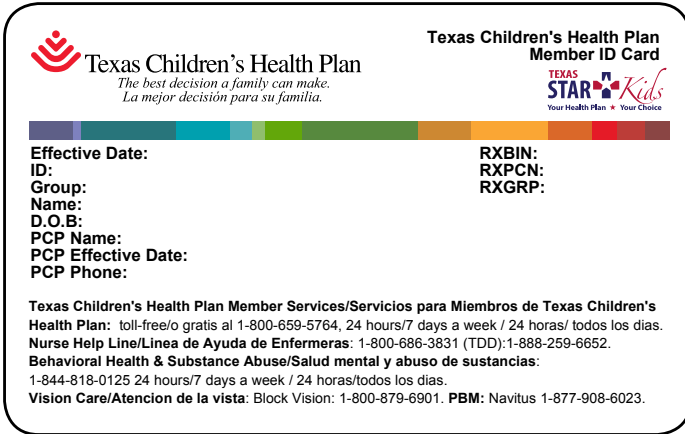
Cada integrante de su familia cubierto por Texas Children's Health Plan tendrá una tarjeta personal de identificación de miembro. Lleve esta tarjeta con usted en todo momento. Contiene información importante y necesaria para recibir atención médica. Preséntela a todos los proveedores de atención médica antes de recibir servicios médicos. Le informa a los proveedores que usted tiene cobertura de Texas Children's Health Plan. Si no la presenta, el médico puede rehusarse a atenderlo o podría cobrarle los servicios que reciba.

Usted no recibirá una nueva tarjeta de identificación todos los meses. Sólo le enviaremos una tarjeta de identificación nueva si:

- pierde su tarjeta de identificación actual y solicita una nueva;
- cambia su proveedor de atención primaria.

Llame a Servicios para Miembros si necesita ver a su proveedor de atención primaria antes de que le envíen su tarjeta de identificación nueva. Nos comunicaremos con el médico para informarle que usted es miembro de Texas Children's Health Plan.

A continuación, le mostramos una tarjeta de identificación de miembro a modo de ejemplo. En el frente aparece información importante sobre usted. También tiene su número de identificación de miembro de Medicaid, y el nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria. La parte inferior del frente Abajo aparece una copia de la tarjeta de identificación de miembro. En el frente aparece información importante sobre usted. También tiene su número de identificación de miembro de Medicaid, y el nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria. En la parte inferior del frente de la tarjeta de identificación de miembro se incluyen teléfonos importantes, a los cuales puede llamar si necesita ayuda para usar los servicios médicos.



Cómo leer su tarjeta de identificación

El frente y el reverso de su tarjeta de identificación muestra:

- Su nombre y su número de identificación.
- Su fecha de nacimiento.
- El nombre y el número de teléfono de su proveedor de atención primaria.
- El número de teléfono gratis de Servicios para Miembros.
- El número de teléfono gratis de Salud Mental y Abuso de sustancias.
- El número de teléfono gratis de Atención de la Vista.
- El número de teléfono gratis de la Línea de ayuda de Enfermería.

En cuanto reciba la tarjeta de identificación de miembro, verifique que su información sea correcta. Llame a Servicios para Miembros si hay algún error. Corrigiremos la información y le enviaremos una tarjeta nueva.

No permita que nadie utilice su tarjeta de identificación de miembro. Si se le pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros. Un Defensor de los Derechos de los Miembros le enviará otra tarjeta.

Recuerde:

- Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación de miembro y la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card.
- Presente su tarjeta de identificación de miembro y la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card cada vez que va al consultorio de un proveedor.
- No permita que nadie utilice su tarjeta.
- Llame a Servicios para Miembros si no tiene una tarjeta de identificación de miembro.
- Llame a Servicios para Miembros si se pierde o le roban su tarjeta de identificación de miembro.
- Llame a Servicios para Miembros si se muda o cambia su número de teléfono.

La tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card

Cuando Medicaid lo acepta como miembro, usted recibirá una tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de identificación de Medicaid para todos los días. Debería llevarla con usted y cuidarla como lo hace con su licencia de conducir o una tarjeta de crédito. La tarjeta tiene una tira magnética que contiene su número de identificación de Medicaid. Su médico puede usar la tarjeta para averiguar si usted tiene beneficios de Medicaid cuando va a la consulta.

Le expedirán sólo una tarjeta, y sólo recibirá una nueva tarjeta en caso de pérdida o robo de la tarjeta. Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de Medicaid, puede conseguir una nueva llamando gratis al 1-855-827-3748.

Si no está seguro si está cubierto por Medicaid, puede averiguarlo llamando gratis al 1-800-252-8263. También puede llamar al 2-1-1. Primero escoja el idioma y luego la opción 2.

Sus antecedentes médicos son una lista de servicios médicos y medicamentos que ha recibido a través de Medicaid. Los compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesita. Si no desea que sus médicos vean sus antecedentes médicos a través de una red segura por internet, llame gratis al 1-800-252-8263.

Su tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card tiene esta información impresa en el frente:

- Su nombre y su número de identificación de Medicaid.
- La fecha de envío de la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en el que participa si recibe servicios de: Medicare (QMB, MQMB), Texas Women's health Program (TWHP), Hospice, STAR Health, Emergency Medicaid o Presumptive Eligibility (PE) para embarazadas.
- Información que su farmacia necesitará para cobrarle a Medicaid.
- El nombre de su médico y farmacia si está en el programa Medicaid Lock-in.

El reverso de su tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card tiene un sitio web que puede visitar www.YourTexasBenefits.com y un número gratis de teléfono al que puede llamar (1-800-252-8263) si tiene preguntas acerca de la nueva tarjeta.

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

Forma 1027-A de identificación provisoria de Medicaid

Si pierde su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid y necesita una constancia de elegibilidad rápidamente, el personal de la HHSC de todas formas puede generar una Forma provisoria de verificación de elegibilidad para Medicaid (Forma 1027-A). Debe solicitar la forma provisoria en persona en una oficina de beneficios de la HHSC. Para hallar la oficina más cercana llame al 211 (escoja un idioma y luego la opción 2).

Debe llevar con usted su Forma 1027-A cuando recibe servicios de atención médica.

Derivaciones y atención de especialistas

¿Qué sucede si necesito consultar a un especialista? ¿Qué es una derivación?

Texas Children's Health Plan no requiere la aprobación, derivación o autorización para ver a un especialista dentro de la red. Su proveedor de atención primaria es el único médico que se necesita para cubrir la mayoría de su atención médica. Si tiene un problema de salud especial, su proveedor de atención primaria podría pedir que vea a otro médico o solicitará análisis especiales. Esto es lo que se denomina una derivación. Aunque no se requiere, su proveedor de atención primaria le puede referir a un especialista u otro proveedor integrante de la red de Texas Children's Health Plan. Entre los especialistas se incluyen cardiólogos (especialistas del corazón), dermatólogos (especialistas de la piel) o alergistas.

Su proveedor de atención primaria se asegurará de que reciba la atención del especialista adecuado para su afección o problema. Luego conversará con el especialista para determinar si se requiere tratamiento adicional, análisis especiales o atención médica hospitalaria.

¿Cuánto tarda en atender un especialista?

Las consultas con especialistas se producen dentro de los 30 días de solicitadas. Si va a un especialista sin que lo haya derivado su proveedor de atención primaria, el especialista podría rehusarse a verlo, salvo en una situación de emergencia. Le recomendamos que siempre consulte a su proveedor de atención primaria antes de obtener atención médica en otra parte.

Por lo general, Texas Children's Health Plan no cubrirá los gastos de la atención médica prestada por proveedores que no participan en la red de atención médica sin la aprobación. Sin embargo, habrá ocasiones cuando su médico crea que es fundamental que reciba atención de un médico que no participa en la red o de otro proveedor. En tales casos, su médico hará los arreglos necesarios con Texas Children's Health Plan. Su médico le presentará una solicitud por escrito a nuestro Director Médico para que autorice los servicios necesarios por razones médicas que no ofrece ningún otro médico o proveedor de la red de Texas Children's Health Plan.

Segundas opiniones

¿Cómo hago para pedir una segunda opinión?

Tiene derecho a una segunda opinión para averiguar sobre el uso de la atención médica de cualquier tipo. Dígale a su proveedor de atención primaria que desea una segunda opinión sobre el tratamiento recomendado por un especialista. Su proveedor de atención primaria coordinará una consulta con otro médico de la red de Texas Children's Health Plan o lo derivará a él. Si no hubiera ningún otro médico disponible en la red, su proveedor planificará una consulta con un médico que no pertenece a la red de Texas Children's Health Plan. Usted no deberá pagar estos servicios. Llame a Servicios para Miembros, gratis al 1-800-659-5764, si necesita ayuda para pedir o seleccionar un médico que le dé una segunda opinión.

A continuación se detallan algunos motivos por los que podría desear una segunda opinión:

- No está seguro de necesitar la cirugía que su médico planea realizarle.
- No se siente seguro con el diagnóstico o plan de atención de su médico para una necesidad médica grave o complicada.
- Hizo lo que el médico indicó pero no mejora.

Otros servicios que no requieren una derivación de su proveedor de atención primaria

¿Qué servicios no necesitan derivación?

Hay otros determinados tipos de atención médica que puede recibir sin necesidad de derivación de su proveedor de atención primaria.

Entre ellos se incluyen (cuando los presta un proveedor de la red de Texas Children's Health Plan):

- Atención de emergencia.
- Atención de Obstetricia y Ginecología.
- Atención prenatal.
- Servicios de salud mental o tratamiento para el alcoholismo y la drogadicción.
- Controles odontológicos y médicos de Pasos Sanos de Texas.
- Servicios de planificación familiar.
- Atención de la vista.
- Servicios de salud mental o abuso de sustancias.

En el directorio de proveedores se encuentra la lista de los proveedores que pertenecen a la red de Texas Children's Health Plan. La mayoría de nuestros médicos obstetras/ginecólogos ofrecen servicios de planificación familiar. Este manual también incluye una lista de proveedores de planificación familiar de Medicaid. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para obtener ayuda para hallar médicos de la red.

Continuidad de la atención médica

Si usted es nuevo en el Texas Children's Health Plan, nos ayudará a coordinar su cuidado para evitar cualquier retraso en los servicios. Esto puede incluir continua para ver a un médico no participante durante un período de tiempo para permitir la continuidad de la atención. Para más información, llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros.

Atención de Obstetricia y Ginecología

¿Qué debo hacer si necesito atención de Obstetricia o Ginecología? ¿Necesitaré una derivación?

ATENCIÓN A LAS MIEMBROS: Texas Children's Health Plan le permite escoger un obstetra o ginecólogo pero dicho médico debe ser integrante de la misma red que su proveedor de atención primaria.

Tiene derecho a escoger un obstetra o ginecólogo sin necesidad de una derivación de su proveedor de atención primaria. Un obstetra o ginecólogo le puede ofrecer:

- Un examen ginecológico de rutina al año.
- La atención médica relacionada con un embarazo.
- Atención de cualquier afección médica femenina.
- Una derivación a un médico especialista dentro de la red.

¿Tengo derecho a escoger un obstetra o ginecólogo?

Texas Children's Health Plan le permite escoger un obstetra o ginecólogo pero dicho médico debe ser integrante de la misma red que su proveedor de atención primaria.

¿Cómo escojo un obstetra o ginecólogo?

Consulte nuestro directorio de proveedores para encontrar un obstetra o ginecólogo de la red. También puede llamar gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764. Con gusto la ayudaremos a escoger un médico.

Si no escojo un obstetra o ginecólogo, ¿igual puedo obtener acceso directo?

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

¿Cuánto tardará el obstetra o ginecólogo en atenderme luego de coordinar una consulta?

El médico debería verla en un plazo de 14 días luego haber solicitado la consulta.

¿Puedo seguir atendiéndome con mi obstetra/ginecólogo si no pertenece a Texas Children's Health Plan?

Si está embarazada y le faltan 12 semanas o menos para la fecha estimada de parto cuando se une a nuestro plan de atención médica, puede permanecer con su actual obstetra o ginecólogo. Si lo desea, puede escoger otro obstetra/ginecólogo que pertenece a la red, siempre que éste acepte atenderla. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para realizar algún cambio.

¿Qué sucede si estoy embarazada?

¿A quién debo llamar?

Si está embarazada, llame a Servicios para Miembros, gratis al 1-800-659-5764. Podemos ayudarla a escoger un obstetra/ginecólogo de la red de Texas Children's Health Plan. Una especialista de extensión de atención maternal le brindará información sobre todos los beneficios y servicios de maternidad disponibles a través de nuestro programa STAR Babies. Este especialista estará disponible a lo largo de su embarazo para ayudarla con la coordinación de sus consultas de atención prenatal y el transporte para las consultas y los análisis.

¿Cuánto tardará en atenderme mi obstetra/ginecólogo después de coordinar una cita?

Las consultas con su obstetra/ginecólogo se producen dentro de los 14 días de solicitadas.

¿Qué otros servicios para embarazadas ofrece Texas Children's Health Plan?

Texas Children's Health Plan tiene un programa de maternidad llamado STAR Babies. Star Babies es un programa que la ayuda durante su embarazo y al comienzo de la vida de su bebé.

Las especialistas de extensión de atención maternal la ayudarán a:

- Coordinar las consultas para controles del embarazo.
- Responder preguntas que quizá tenga sobre su cobertura médica.
- Hacer los preparativos para el traslado a las consultas médicas.
- Completar evaluaciones de análisis de riesgos de la maternidad.
- Clases prenatales.
- Obtener información acerca del programa Women, Infants, and Children (WIC).
- Coordinar las consultas de control del bebé.
- Obtener información sobre Pasos Sanos de Texas.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Puede encontrar una lista de centros de maternidad en nuestro sitio web en www.TexasChildrensHealthPlan.org o llamando a Servicios para Miembros, gratis al 1-800-659-5764.

Atención del recién nacido

¿Puedo escoger al proveedor de atención primaria de mi bebé antes de que nazca?

Es importante hallar al médico adecuado para su bebé por nacer. Puede escoger un proveedor de atención primaria antes de que su bebé nazca. Puede encontrar una lista de proveedores de atención primaria en su directorio de proveedores. También puede encontrar una lista de proveedores de atención primaria en nuestro sitio web en www.TexasChildrensHealthPlan.org. Haga clic en el enlace Buscar un Médico en la sección Para Miembros de STAR Kids.

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

Su relación con el proveedor de atención primaria de su bebé es muy importante. Si decide que el proveedor de atención primaria que escogió no cubre sus necesidades, puede escoger otro proveedor de atención primaria en cualquier momento. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 con el número de identificación de miembro de su bebé a su alcance. Un Defensor de los Derechos de los Miembros la ayudará a cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo le informo al trabajador de mi caso?

Tan pronto nazca su bebé, llame a la oficina de beneficios de la HHSC al 2-1-1 para inscribir a su bebé en Medicaid. Además debe llamar al trabajador de su caso. Él o ella pueden responder cualquier pregunta acerca de la cobertura de Medicaid de su bebé.

¿Cómo y cuándo le informo a mi plan de atención médica?

También es importante que llame a Servicios para Miembros tan pronto como nace su bebé para que podamos ayudarlo a obtener servicios de atención médica para su bebé.

¿Cómo puedo recibir atención médica después del nacimiento de mi bebé (si ya no tengo cobertura de Medicaid)?

Después del nacimiento de su bebé usted puede llegar a perder su cobertura de Medicaid. Usted puede llegar a obtener algunos servicios de atención médica a través del Programa de Texas de Salud para la Mujer y del Departamento Estatal de Servicios del Salud (DSHS). Estos servicios están disponibles para las mujeres que presentan la solicitud para los servicios y reciben aprobación.

Programa de Texas de Salud para la Mujer

El Texas Women's Health Program provee exámenes de planificación familiar, análisis de salud relacionados y métodos anticonceptivos para mujeres de 18 a 44 años cuyos ingresos del hogar son iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (185 por ciento del nivel de pobreza federal). Se debe presentar una solicitud para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa. Para obtener más información acerca de los servicios disponibles a través del Programa de Texas de Salud para la Mujer, escriba, llame o visite el sitio web del programa:

Texas Women's Health Program
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 1-800-335-8957
Sitio Web: www.texaswomenshealth.org/
Fax: (toll-free) 1-866-993-9971

Programa de atención médica primaria del DSHS

El programa Primary Health Care del DSHS atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a esta atención a través del seguro médico o de otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben ser iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200 por ciento del nivel de pobreza federal). Las personas autorizadas para obtener los servicios quizá deban pagar un copago pero no se niegan los servicios a nadie debido a la falta de dinero. Primary Health Care se concentra en la prevención de enfermedades, la detección temprana y la intervención temprana en los problemas de salud.

Los principales servicios ofrecidos son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación Familiar
- Servicios de salud preventiva, incluso vacunas (inyecciones) y educación para la salud, además de análisis de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados.

Los servicios secundarios que se pueden llegar a ofrecer son servicios de nutrición, análisis para detección, atención médica domiciliaria, atención dental, traslados a consultas médicas, medicamentos recetados por su médico (medicamentos con receta), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies doloridos (servicios de podología) y servicios sociales. Podrá solicitar los servicios del Primary Health Care en determinadas clínicas de su zona. Para hallar una de estas clínicas, consulte el localizador de clínicas de servicios de salud para la familia y la comunidad (Family and Community Health Services Clinic Locator) del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información acerca de los servicios que puede obtener a través del programa Primary Health Care, escriba un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/phc/
Teléfono: (512) 776-7796
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa ampliado de atención médica primaria del DSHS

El programa Expanded Primary Health Care provee servicios de atención primaria, preventiva y análisis de detección para mujeres a partir de los 18 años cuyos ingresos son iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200 por ciento del nivel de pobreza federal). Los servicios de alcance comunitario y directos se proveen a través de clínicas comunitarias con contratos con el DSHS. Los trabajadores de salud de la comunidad ayudarán a asegurarse de que las mujeres reciban los servicios preventivos y de detección que necesitan. Algunas clínicas pueden llegar a ofrecer ayuda con la lactancia.

Puede solicitar estos servicios en determinadas clínicas de su zona. Para hallar una de estas clínicas, consulte el localizador de clínicas de servicios de salud para la familia y la comunidad (Family and Community Health Services Clinic Locator) del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información acerca de los servicios que puede obtener a través del programa Expanded Primary Health Care del DSHS, visite el sitio web del programa, llame o escriba un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx

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 cuenta con clínicas en todo el estado que proveen métodos anticonceptivos de calidad, bajo costo y fáciles de usar para hombres y mujeres. Para hallar una de estas clínicas en su zona, consulte el localizador de clínicas de servicios de salud para la familia y la comunidad (Family and Community Health Services Clinic Locator) del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información acerca de los servicios que puede obtener a través del programa de planificación familiar, visite el sitio web del programa, llame o escriba 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 usted necesita ver un médico

Cuando necesite ver a un médico, le recomendamos que llame a su proveedor de atención primaria. El número de teléfono aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Si el consultorio de su proveedor de atención primaria está cerrado, un mensaje en una contestadora le indicará cómo conseguir ayuda. Si coordina una consulta con su médico pero no puede asistir, llame para cancelarla y coordine una nueva fecha y hora. Su proveedor de atención primaria no debería tardar más de 14 días para atenderla.

Si su proveedor de atención primaria no puede atenderla en un plazo de 14 días o si tiene algún problema con su proveedor de atención primaria, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Atención médica de rutina

¿Qué es la atención médica de rutina? ¿Cuánto tardan en atender?

Su proveedor de atención efectuará los controles habituales y lo tratará cuando esté enfermo. A esto se lo conoce como "atención médica de rutina". La mayoría de las consultas de rutina, incluso los controles del niño sano, se programan en el plazo de 14 días de solicitadas. Los controles para adultos se programan en un plazo de 4 semanas. Cuando necesite atención médica de rutina, llame a su proveedor de atención primaria al número de teléfono que aparece al frente de su tarjeta de identificación. Uno de los empleados del consultorio del médico o clínica le dará la cita. Es muy importante que no falte a las consultas. Si no puede asistir, llame al consultorio del médico para informarles.

Atención Urgente

¿Qué es la atención médica urgente?

Otro tipo de atención es la atención urgente. Hay algunas lesiones y enfermedades que probablemente no son emergencias, pero pueden convertirse en emergencias si no son tratadas dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortes menores
- Dolor de oídos
- Dolor de garganta
- Esguinces o distensiones musculares

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

Para atención urgente, debe llamar al consultorio de su médico incluso por las noches y fines de semana. Su médico le indicará qué debe hacer. En algunos casos, su médico puede pedirle que vaya a una clínica de atención de urgencia. Si su médico le pide que vaya a una clínica de atención de urgencia, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Medicaid de Texas Children's Health Plan. Para obtener ayuda, llámenos gratis al 1-800-659-5764.

También puede llamar a nuestra Línea de Asistencia de Enfermería las 24 horas al 1-800-686-3831 para obtener la ayuda que necesite.

¿Cuánto tardarán en atenderme?

Lo deberían atender dentro de las 24 horas para una cita de atención urgente. Si su médico le pide que vaya a una clínica de atención de urgencia, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. La clínica de atención urgente debe aceptar Medicaid de Texas Children's Health Plan.

Llame primero a su proveedor de atención primaria si padece algunos de estos problemas:

- Dolor de oídos.
- Dolor de dientes.
- Resfríos, tos, dolor de garganta, gripe o sinusitis.
- Quemaduras menores.
- Dentición.
- Erupción cutánea.
- Dolor de cabeza leve.

Atención fuera del horario de consulta

¿De qué manera puedo obtener atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de atención primaria está cerrado?

Puede suceder que necesite hablar con su proveedor de atención primaria pero el consultorio está cerrado. Por ejemplo, quizá necesite el consejo del médico sobre cómo cuidar a un niño enfermo. El proveedor de atención primaria de su hijo u otro médico del mismo equipo están disponibles las 24 horas del día, todos los días. Llame al consultorio del proveedor de atención primaria, al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. El servicio de contestadora de su médico recibirá el recado y un médico o enfermera le devolverá la llamada. Llame de nuevo si un médico o enfermera no se han comunicado con usted en 30 minutos. Algunos consultorios tienen máquinas contestadoras fuera del horario de atención. La grabación le indicará que llame a otro número para comunicarse con su médico.

Si puede solucionar un tema médico durante el día, no espere hasta la noche para llamar. La mayoría de las enfermedades tienden a empeorar con el transcurso de las horas. También puede llamar a la Línea de Asistencia de Enfermería de Texas Children's Health Plan para hablar con una enfermera. El número de teléfono gratis es 1-800-686-3831. Las enfermeras están disponibles las 24 horas del día, todos los días, para ayudar a decidir qué hacer. Si tiene una emergencia que podría poner la vida en peligro, llame al 9-1-1 de inmediato o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Atención de emergencia

¿Qué es la atención médica de emergencia?

La atención médica de emergencia se provee en casos de afecciones médicas de emergencia y de trastornos de la salud mental de emergencia.

“Afección médica de emergencia” significa:

Una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de aparición reciente y una intensidad tal (incluso el dolor intenso) que una persona prudente, con un conocimiento medio de temas médicos y de salud, podría prever razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría derivar en:

- un riesgo grave para la salud del paciente;
- un daño grave a las funciones fisiológicas;
- una disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo;
- una desfiguración grave; o
- En el caso de una embazada, un grave peligro para la salud de la mujer o de su bebé por nacer.

“Trastorno de salud mental de emergencia” significa:

Cualquier afección, independientemente de su naturaleza o causa, que en opinión de una persona prudente, con un conocimiento medio de temas médicos y de salud:

- requiere la intervención y/o atención médica inmediata sin la cual la persona podría representar un peligro inmediato para ella u otras personas;
- o
- que inhabilita a la persona a controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

“Servicios de emergencia” y “atención de emergencia” significan:

Los servicios cubiertos para pacientes internados y ambulatorios prestados por un proveedor autorizado a prestar dichos servicios, los cuales son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia y/o un trastorno de salud mental de emergencia incluidos los servicios de atención de posestabilización.

¿Cuánto tardan en atender?

Deben atenderlo el mismo día si necesita atención de emergencia.

Si está seguro de que no corre peligro de muerte, pero no sabe si necesita o no atención médica de emergencia, llame a su proveedor de atención primaria. Si le parece que no puede perder tiempo en llamar al proveedor de atención primaria porque pondrá en peligro su salud, obtenga atención médica de inmediato. Si cree que la situación pone en riesgo su vida, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 9-1-1 para obtener ayuda.

Una vez que haya recibido atención médica, llame a su proveedor de atención primaria dentro de las 48 horas o tan pronto como sea posible. Su proveedor de atención primaria le ofrecerá o coordinará toda la atención de seguimiento que podría necesitar.

Si va a una sala de emergencia por una afección que no es urgente o de emergencia, quizá deba hacerse cargo de los gastos correspondientes.

Emergencias pueden ser cosas tales como:

- Un brazo, pierna, mano, pie, diente o cabeza gravemente lesionados.
- Quemaduras graves.
- Dolor intenso en el pecho.
- Hemorragia abundante.
- Ataque criminal (violación, asalto, herida con objeto cortante, herida de bala).
- Reacción alérgica grave o mordedura de un animal.
- Asfixia, desmayo, convulsiones o dificultad para respirar.
- Estar fuera de control y representar un peligro para sí mismo o para otros.
- Envenenamiento o sobredosis de drogas o alcohol.

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

Atención posestabilización

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid para mantener su condición estable luego de obtener atención médica de emergencia.

Atención médica cuando se encuentra de viaje

¿Qué sucede si me enfermo cuando me encuentro fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica cuando se encuentra de viaje, llámenos gratis al 1-800-659-5764 y lo ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita atención de emergencia mientras está de viaje, vaya al hospital más cercano, luego llámenos gratis al 1-800-659-5764.

¿Qué sucede si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos provistos fuera del país.

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si se enferma o lesiona pero no corre grave peligro estando fuera del estado, llame a su proveedor de atención primaria para pedir asesoramiento o instrucciones. También puede llamar a la Línea de Asistencia de Enfermería de Texas Children's Health Plan al 1-800-686-3831 y una enfermera lo ayudará a decidir qué hacer.

Si tiene una emergencia que podría poner la vida en peligro, llame al 9-1-1 de inmediato o vaya a la sala de emergencias más cercana. Llame a su proveedor de atención primaria o a Servicios para Miembros dentro de las 48 horas de haber recibido atención de emergencia. Su proveedor de atención primaria debe coordinar cualquier atención de seguimiento recibida mientras se encuentra fuera de la ciudad.

La atención de rutina, como los controles de adultos, las consultas de seguimiento y otra atención no urgente, no está cubierta cuando está fuera del estado. Si acude a alguien que no es su proveedor de atención primaria para obtener estos servicios, es probable que tenga que pagarlos. Recuerde llevar con usted su tarjeta de identificación de miembro y la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card en todo momento.

Atención hospitalaria

Puede suceder que su proveedor de atención primaria o un especialista determinen que necesita recibir atención médica en un hospital. En ese caso, el médico coordinará la atención en un hospital de la red de Texas Children's Health Plan. La cobertura incluye tanto los servicios de paciente ambulatorio como internado. Su proveedor de atención primaria o el especialista deben aprobar dichos servicios o derivarlo.

Atención médica en el domicilio

A veces una persona enferma o lesionada necesita atención médica en el domicilio. La atención domiciliaria puede ser de seguimiento posterior a recibir el alta del hospital o bien para evitar la hospitalización. Si necesita atención médica en el domicilio, su proveedor de atención primaria se comunicará con Texas Children's Health Plan a fin de que reciba los cuidados adecuados.

¿Qué significa “necesario por razones médicas”?

“Necesarios por razones médicas” significa:

- (1) Para los miembros, desde su nacimiento hasta los 20 años de edad, el servicio de Pasos Sanos de Texas incluye:
 - exámenes de detección, de la vista y de audición; y
 - otros servicios de atención médica, incluidos servicios de atención de la salud mental, que sean necesarios para corregir o aliviar un defecto o enfermedad o padecimiento físico o mental. La determinación acerca de si un servicio es necesario para corregir o aliviar un defecto o enfermedad o padecimiento físico o mental:
 - debe cumplir con los requisitos establecidos en los acuerdos parciales de conciliación de Alberto N. y col. v. Traylor, y col. y
 - puede incluir la consideración de otros factores pertinentes, como por ejemplo los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.

¿Qué es el Portal del Miembro?

El Portal del Miembro es una herramienta interactiva que le permite desempeñar un papel activo en su atención médica. Ahora puede cambiar su médico principal, llevar un registro de sus consultas, acceder a sus constancias de vacunas y muchísimo más. ¡Es sencillo! Simplemente vaya a nuestro sitio web TexasChildrensHealthPlan.org y haga clic en el enlace “Entrada miembros” en la parte superior de la página para comenzar.

Beneficios y Servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Texas Children's Health Plan incluye todos los beneficios y servicios básicos de Medicaid. A continuación presentamos una lista de servicios que puede obtener.

Beneficios y servicios cubiertos	Limitación
Servicios de ambulancia	
Servicios de audiología, incluso audífonos	Para adultos, a partir de los 21 años, el beneficio se limita a un audífono cada 6 años (72 meses). Requiere de autorización.
Atención prenatal provista por un médico, una partera certificada (CNM), una enfermera profesional (NP), un especialista en enfermería clínica (CNS) y un auxiliar médico	
Servicios de Salud Mental, incluso <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental para pacientes internados. • Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. • Servicios de psiquiatría • Servicios para tratamiento de trastornos causados por adicciones, incluso <ul style="list-style-type: none"> • Servicios ambulatorios, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> > Evaluación > Servicios de desintoxicación > Psicoterapia > Terapia asistida con medicamentos • Servicios residenciales, que pueden ser provistos en una instalación de tratamiento por drogadependencia en lugar de un hospital como paciente internado en cuidados agudos, incluso <ul style="list-style-type: none"> > Servicios de desintoxicación > Tratamiento de trastornos causados por adicciones (incluso alojamiento y comidas) 	
Servicios de parto provistos por un médico y un CNM en una maternidad habilitada	
Servicios de parto provistos por una maternidad habilitada	
Detección, diagnóstico y servicio de tratamiento del cáncer	
Servicios de quiropráctica	
Community First Choice	
Diálisis	
Fármacos y productos biológicos provistos en una internación	
Equipos y suministros médicos duraderos	
Servicios de Intervención en la primera infancia (ECI)	
Servicios de emergencia	
Servicios de planificación familiar	
Servicios de atención médica domiciliaria	
Servicios hospitalarios, como paciente internado y ambulatorio	
Laboratorio	
Mastectomía, reconstrucción de seno y procedimientos	
Controles médicos y programa de atención integral (CCP) Servicios a través del programa Pasos Sanos de Texas (EPSDT)	
Rehabilitación y manejo de casos orientados a la salud mental	
Evaluación oral y barniz de flúor en el centro médico en conjunto con los controles médicos de Pasos Sanos de Texas para niños desde los 6 meses hasta los 35 meses de edad	

Optometría, gafas y lentes de contacto, si son necesarias por razones médicas	Las gafas deben ser necesarias por razones médicas. Las lentes de contacto requieren de autorización previa y deben ser el único medio para corregir el defecto de la vista. Adultos, a partir de 21 años de edad: Las gafas se pueden reemplazar cada 24 meses. No se cubre el reemplazo de gafas
Fármacos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluso fármacos y productos biológicos	
Servicios de cuidado personal (PCS)	
Servicios de podología (pies)	12 consultas por año.
Servicios de Centro de atención pediátrica prolongada y recetada (PPECC)	
Servicios de atención primaria	
Servicios de Enfermera privada (PDN)	
Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías	
Servicios de especialistas	
Televigilancia	
Telesalud	
Terapias: física, ocupacional y del habla	
Trasplante de órganos y tejidos	Requiere de autorización previa.
Servicios oftalmológicos	

¿Cómo obtener los servicios con cobertura?

Texas Children's Health Plan quiere que su familia tenga buena salud y sea feliz. Nuestro equipo de Servicios para Miembros está listo para atender su llamada de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los feriados, nuestro servicio de contestadora está listo para ayudarlo y/o tomar sus mensajes. Un Defensor de los Derechos de los Miembros le devolverá el llamado el siguiente día laborable.

Hablamos inglés o español. También tenemos intérpretes disponibles telefónicamente que hablan 140 idiomas distintos. Los servicios de la Línea de Salud Mental y Servicios de emergencia están disponibles las 24 horas, todos los días.

Línea de Asistencia de Enfermería las 24 horas, llamada gratis al 1-800-686-3831 o TDD 1-800-735-2989 (Texas Relay)

Línea de Asistencia de Salud Mental o Abuso de Sustancias 1-800-731-8529

Por correo: Texas Children's Health Plan
PO Box 301011
Houston, TX 77230-1011

Por correo electrónico: HealthPlan@texaschildrens.org
Por teléfono: Servicios para Miembros
STAR Kids 1-800-659-5764

Atención de la vista 1-800-879-6901

Atención odontológica

Su hijo tendrá uno de los siguientes planes dentales:

- DentaQuest: 1-800-508-6775
- MCNA Dental: 1-800-494-6262

Si usted no sabe cuál es el plan dental de CHIP de su hijo, llame gratis a CHIP al teléfono 1-800-647-6558.

Coordinación de servicios 1-800-659-5764 Opción 4 para comunicarse con el Centro de coordinación de servicios

Para denunciar fraude y abuso de Medicaid o CHIP:

Llame al 832-828-1320 o escriba a TCHIPFraudandAbuse@texaschildrenshospital.org.

¿Hay alguna limitación para algún servicio cubierto? ¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?

Puede haber limitaciones para algunos servicios. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para obtener más información.

Este aviso se aplica a todos los miembros de hasta 20 años de edad del programa STAR Kids de Texas Children's Health Plan.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) llegó a un acuerdo judicial que afecta los servicios de enfermería privada, enfermería especializada a domicilio, los suministros y equipos médicos duraderos, y los servicios de cuidado personal para los beneficiarios de Medicaid de hasta 20 años de edad. Puede obtener una copia del acuerdo judicial en www.hhsc.state.tx.us y www.advocacyinc.org. Si tiene preguntas, llame a Advocacy, Inc. al 713-974-7691 o al 1-800-880-0821.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Vea a su proveedor de atención primaria para preguntar acerca de los servicios médicos. Su proveedor le prestará los servicios médicos necesarios o los coordinará para usted. También puede llamar gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para enterarse cómo obtener estos servicios.

Servicios que no están cubiertos

¿Qué servicios no están cubiertos?

Algunos de los servicios que no están cubiertos son:

- Curaciones por fe (sanar a través de la oración).
- Acupuntura (utilizar agujas para curarse).
- Atención médica provista en un hospital estatal o federal.
- Atención médica provista por un médico que no acepta Medicaid de Texas.
- Cirugía cosmética.
- Cualquier servicio que no sea necesario por razones médicas.
- Cualquier servicio que se reciba fuera del país.
- Servicios de tratamiento de la infertilidad, incluida la inversión de los procedimientos de esterilización voluntaria.
- Esterilización voluntaria en el caso de personas de hasta 20 años o legalmente incapaces de consentir en el procedimiento.
- Vacunas para viajar fuera de los Estados Unidos.
- Servicios experimentales, incluidos fármacos y equipos que no estén cubiertos por Medicaid.
- Abortos, salvo en caso de violación con denuncia, incesto, o cuando sea necesario por razones médicas para salvar la vida de la madre.
- Pruebas de paternidad.
- Inmunizaciones para viajar fuera de los Estados Unidos.
- Cirugía de cambio de sexo y servicios relacionados.

Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener una lista completa de servicios no cubiertos. Antes de recibir un servicio no cubierto, tiene derecho a conocer su costo. Si acepta recibir servicios no cubiertos, quizá deba pagar por ellos.

Proceso de Autorización previa

Determinados servicios requieren de la autorización de Texas Children's Health Plan. Su médico presentará una solicitud de autorización. Eso significa que debemos analizar la solicitud para asegurarnos de que reciba la atención adecuada que necesita. También queremos verificar que la atención que recibe está cubierta por su plan.

Su médico presentará una solicitud por escrito al Director Médico para pedir autorización de los servicios necesarios por razones médicas que no están disponibles a través de ningún otro médico u otro proveedor de la red de Texas Children's Health Plan.

Si desea consultar la lista de servicios con autorización previa, ingrese al portal del miembro de Texas Children's Health Plan o llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros.

Pasos Sanos de Texas

¿Qué es Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps)? ¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas es el programa de atención médica de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes desde el nacimiento hasta los 20 años de edad.

Pasos Sanos de Texas le ofrece a su hijo:

- Controles médicos regulares y gratis desde el nacimiento.
- Controles odontológicos gratis a partir de los 6 meses de edad.
- Un administrador de casos que puede averiguar cuáles servicios su hijo/a necesita y dónde obtenerlos.

Los controles de Pasos Sanos de Texas:

- detectan problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- previenen problemas de salud que impiden el aprendizaje y el crecimiento de los niños al nivel de los otros niños de la edad.
- ayudan a que su hijo/a tenga una sonrisa saludable.

Cuándo coordinar un control:

- Recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas informándole cuándo es momento de un control. Llame al médico o dentista de su hijo/a para coordinar el control.
- Coordine el control para una fecha y horario que le convenga a su familia.

Si el médico o el dentista encuentra algún problema de salud durante un chequeo, su hijo/a puede recibir la atención que necesita, como por ejemplo:

- Exámenes de la vista y gafas.
- Exámenes de audición y audífonos.
- Atención odontológica.
- Otra atención médica.
- Tratamiento para otras afecciones médicas.

Llame a Texas Children's Health Plan al 1-800-659-5764 o gratis a Texas Health Steps al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) si:

- necesita ayuda para hallar un médico o un dentista.
- necesita ayuda para coordinar una consulta de control.
- tiene preguntas acerca de los controles o de Pasos Sanos de Texas.
- necesita ayuda para hallar u obtener otros servicios.

Si no puede llevar a su hijo/a a la consulta de control, Medicaid quizá pueda ayudarlo. Los niños con Medicaid y sus padres pueden obtener transporte gratis de ida y vuelta al médico, dentista, hospital o farmacia. Zona de Houston/Beaumont: 1-855-687-4786. Zona de Dallas/Ft. Worth: 1-855-687-3255. Todas las demás zonas: 1-877-633-8747 (1-877-MED-TRIP).

¿Mi médico tiene que ser parte de la red de Texas Children's Health Plan? ¿Debo tener una derivación?

Puede ver a cualquier médico o dentista que ofrezca servicios de Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps). No es necesario que el médico participe en la red de Texas Children's Health Plan. No necesita una derivación para recibir los servicios de Pasos Sanos de Texas de un proveedor de Pasos Sanos de Texas que no es su proveedor de atención primaria.

Llame a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 o a Texas Health Steps al 1-877-847-8377 para obtener los nombres de los médicos y dentistas que proveen servicios de Pasos Sanos de Texas.

¿Qué sucede si estamos fuera de la ciudad y mi hijo tiene que asistir a un control de Pasos Sanos de Texas?

Cuando su hijo se encuentre fuera de la ciudad pero dentro del estado de Texas las consultas de Pasos Sanos de Texas estarán cubiertas, siempre que obtenga los servicios de un proveedor de Pasos Sanos de Texas.

¿Cómo y cuándo obtengo los controles médicos y odontológicos de Pasos Sanos de Texas para mi hijo/a?

Lo ayudaremos a llevar un registro de los servicios que su hijo necesita para mantenerse sano. Cuando le corresponda un control o una vacuna de Pasos Sanos de Texas, enviaremos una nota por correo o llamaremos para recordarle que debe hacer una cita. También podemos ayudarlo a conseguir transporte. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Los controles médicos y odontológicos de Pasos Sanos de Texas ayudan a detectar y tratar los problemas de salud antes de que empeoren. Como el Departamento Estatal de Servicios del Salud de Texas paga los servicios odontológicos de los niños, usted deberá presentar la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card para recibirlos. Los controles odontológicos se realizan cada 6 meses a partir de los 12 meses de edad.

¿Qué sucede si necesito cancelar una cita?

Si no puede ir a una consulta para recibir los servicios de Texas Health Steps, llame al consultorio del médico para avisar lo más pronto posible. Es mejor informar al consultorio con al menos 24 horas de anticipación a la consulta.

Si no mantiene al día los controles y las inmunizaciones de Pasos Sanos de Texas de su hijo/a, es posible que se reduzcan sus pagos de TANF.

Servicios odontológicos**¿Cuáles servicios dentales cubre Texas Children's Health Plan para los niños?**

Texas Children's Health Plan cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluso, entre otros, el pago de los siguientes:

- Tratamiento de mandíbula dislocada.
- Tratamiento de daño traumático a los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos orales con origen en dientes o encías.

Texas Children's Health Plan cubre hospitales, médicos y servicios médicos relacionados para las afecciones anteriores. Esto incluye servicios que el médico presta y otros servicios que su hijo/a podría necesitar, como por ejemplo anestesia u otros medicamentos. Texas Children's Health Plan también es responsable de pagar el tratamiento y los aparatos para anomalías craneofaciales. El plan dental de Medicaid de su hijo/a provee todos los demás servicios dentales incluso servicios que ayudan a prevenir las caries y servicios que corrigen problemas dentales. Llame al plan dental de Medicaid de su hijo/a para averiguar acerca de los servicios dentales que ofrece.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia para niños a través del plan de atención médica?

Texas Children's Health Plan cubre determinados servicios dentales de emergencia en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluso, entre otros, el pago de los siguientes:

- Tratamiento de mandíbula dislocada.
- Tratamiento de daño traumático a los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos orales con origen en dientes o encías.

Hospitales, médicos y servicios médicos relacionados como por ejemplo medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores.

¿Qué debo hacer si mi hijo necesita atención odontológica de emergencia?

Durante el horario normal de atención, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo recibir servicios para casos de emergencia. Si su hijo necesita servicios odontológicos de emergencia después del cierre del consultorio de su dentista principal, llámenos gratis al 1-800-659-5764 o llame al 9-1-1.

During normal business hours, call your child's main dentist to find out how to get emergency services. If your child needs emergency dental services after the main dentist's office has closed, call us toll-free at 1-800-659-5764 or call 911.

Trabajadores agrícolas migrantes

¿Qué es un trabajador agrícola migrante?

Un trabajador agrícola migrante es una persona que trabaja en granjas como peón o en plantas de empaque de alimentos durante determinadas épocas del año. Los trabajadores migrantes se trasladan de un lugar a otro para seguir las cosechas. Tenemos servicios adicionales para los trabajadores migrantes y sus hijos. Si es trabajador agrícola migrante llame a Servicios para Miembros, gratis al 1-800-659-5764. Esto es lo que haremos:

- Lo ayudaremos a escoger un proveedor de atención primaria.
- Lo ayudaremos a coordinar sus citas.
- Lo ayudaremos a obtener transporte para ir al médico.
- Le haremos saber a su proveedor de atención primaria que debe ver a sus hijos antes de que usted se vaya del estado de Texas por su próximo trabajo.

¿Qué sucede si soy un trabajador migrante?

Le pueden hacer el control médico más pronto si se va a ir de la zona.

Evaluaciones de riesgos de la salud

Cada miembro nuevo recibe una forma denominada "Evaluación de Riesgos de la Salud". Hay una forma para adultos (18 años y más) y otra para niños. Conteste las preguntas de la forma. Sus respuestas nos permitirán determinar si usted o sus hijos deberían estar en nuestros programas para miembros con ciertas afecciones, como diabetes, asma o hipertensión. Complete una forma por cada miembro de su familia que es miembro de Texas Children's Health Plan y envíenlos. El franqueo postal ya está pagado. Si necesita más formas o desea completarla por teléfono, llame a Servicios para Miembros gratis al 1-800-659-5764.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Puede obtener medicamentos necesarios por motivos médicos ordenados por su médico o especialista. Estos medicamentos deben aparecer en la Lista de Medicamentos de Proveedores de Medicaid de Texas. Algunos medicamentos deben contar con autorización previa.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico dice que usted necesita. Su médico hará una receta para que usted la lleve a la farmacia o tal vez pueda enviarla por usted.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Cuando va a la farmacia, lleve su receta, su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan y su tarjeta Your Texas Medicaid Benefits Card.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Cualquier farmacia que acepte STAR Kids de Texas Children's Health Plan puede expedirle la receta. Si necesita una lista de las farmacias que aceptan STAR Kids de Texas Children's Health Plan, llame a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 o visite nuestro sitio web en www.TexasChildrensHealthPlan.org y haga clic en Directorio de Farmacias en la sección Para Miembros de STAR Kids.

¿Qué sucede si voy a una farmacia que no es de la red?

Si va a una farmacia que no es de la red, quizá no le entreguen sus medicamentos recetados o quizá tenga que pagarlos. Si necesita una lista de las farmacias que pertenecen a la red, llame a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 o visite nuestro sitio web en www.TexasChildrensHealthPlan.org y haga clic en Directorio de Farmacias en la sección Para Miembros de STAR Kids.

¿Qué es una Lista de Medicamentos?

Es una lista de los medicamentos que fueron escogidos por los médicos y farmacéuticos en base a su calidad y valor terapéutico. Es una guía para que los médicos sepan qué medicamentos están cubiertos. Incluye medicamentos de marca y genéricos.

¿Quién decide qué medicamentos se incluyen en la lista?

Los medicamentos incluidos en la lista son escogidos por un grupo de médicos y farmacéuticos. Para estar en la lista, solamente se escogen medicamentos que son seguros, eficaces y con un costo accesible. El grupo también selecciona medicamentos en base al valor terapéutico, los efectos secundarios y los costos en comparación con otros medicamentos similares.

¿Dónde puedo averiguar qué medicamentos están cubiertos?

Su lista de medicamentos está en el sitio web de Navitus en www.navitus.com. Usted puede buscar un medicamento determinado. También puede consultar listados de medicamentos. Además hay información acerca de qué medicamentos necesitan autorización previa y/o si tienen límites de cantidad. No enumera cada medicamento cubierto. Se indica la cobertura o categoría de cada producto medicinal.

¿Algunos de los medicamentos ordenados por mi médico o el de mi hijo requieren aprobación previa?

Algunos de los medicamentos ordenados por su médico pueden llegar a requerir aprobación previa. Su médico puede pedir la aprobación previa de un medicamento con receta enviando por fax una forma de aprobación previa de medicamentos al 1-855-668-8553. En ocasiones se podría demorar la entrega de sus medicamentos recetados. Esto se debe a que quizá Texas Children's Health Plan le pidió información adicional a su médico. Recuérdele a su médico cuando su medicamento requiere una aprobación previa. Si un medicamento no figura en la lista de medicamentos, su médico puede pedir una revisión de un farmacéutico enviando por fax una forma de aprobación previa de medicamentos al 1-855-668-8553.

¿Qué sucede si también tengo Medicare?

Medicare cubre medicamentos recetados que son administrados en un consultorio médico o departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, como por ejemplo, medicamentos para el cáncer, inyectables como antibióticos o tratamientos oftalmológicos. Medicare paga hasta los límites de su cobertura, luego Medicaid se encarga del pago hasta los límites de cobertura.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería?

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

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

El médico trabajará con Navitus para pedir una excepción de la lista de medicamentos de ser necesaria. Usted tiene derecho de apelar si no le otorgan una excepción. Cuando tenga una inquietud acerca de un beneficio de farmacia, reclamo o algún otro servicio, llame a Texas Children's Health Plan al 1-800-659-5764. Si no se resuelve su problema o inquietud, tiene el derecho a presentar una apelación por escrito.

¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para obtener ayuda.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

Si necesita que le envíen sus medicamentos, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para obtener ayuda.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

Si pierde alguno de sus medicamentos, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para obtener ayuda.

Suministro de emergencia de medicamentos recetados

Se debe proveer un suministro de emergencia para 72 horas de medicamentos recetados cuando un medicamento es necesario sin demora y cuando la autorización previa (PA) no está disponible. Esto se aplica a todos los medicamentos que requieren una autorización previa (PA), debido a que son medicamentos no preferidos en la Lista de Medicamentos Preferidos o debido a que están sujetos a revisiones clínicas.

El suministro de emergencia para 72 horas debería ser dispensado en cualquier momento en que una PA no puede ser resuelta dentro de un plazo de 24 horas para un medicamento de la lista de medicamentos del Programa de Medicamentos de Proveedor que es adecuado para la afección médica del miembro. Si no se puede ubicar al proveedor que hizo la receta o no se puede solicitar una PA, la farmacia debería entregar un surtido de emergencia para 72 horas.

Una farmacia puede dispensar un producto que está envasado en una forma de dosificación que es inalterable e irrompible, por ejemplo, un inhalador de albuterol, como un suministro de emergencia para 72 horas.

Para obtener más información, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Programa Medicaid Lock-in

¿Qué es el Programa Medicaid Lock-in?

Si usted no respeta las reglas de Medicaid puede ser incluido en el programa Medicaid Lock-in. Dicho programa controla cómo usa los servicios de farmacia de Medicaid. No habrá cambios en sus beneficios de Medicaid. Pasarse a otro plan de atención médica no cambiará su situación de Lock-in.

Para evitar que lo incluyan en el programa Medicaid Lock-in:

- Escoja una farmacia en un solo lugar para usar en todo momento.
- Asegúrese de que su médico principal, dentista principal o los especialistas a los que ellos lo derivaron sean los únicos médicos que le recetan medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos.

Para obtener más información, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Servicios de atención de salud mental y drogadicción

¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud mental, alcoholismo o drogadicción? ¿Necesito una derivación para esto?

Puede recibir atención de salud mental o por drogadicción cuando la necesite. No necesita una derivación de su proveedor de atención primaria. Estos servicios incluyen:

- Atención psicológica.
- Atención médica como paciente internado y ambulatorio.
- Desintoxicación y tratamiento para drogadicción y alcoholismo.

Puede recibir servicios de salud mental o por drogadicción si:

- Llama gratis a la línea de ayuda de salud mental y drogadicción de Texas Children's Health Plan al 1-800-731-8529. Esta línea está disponible las 24 horas del día, todos los días.
- Escoge un proveedor de salud mental o drogadicción de la red de proveedores de Texas Children's Health Plan.

Si tiene una emergencia y necesita tratamiento de salud mental o drogadicción de inmediato, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame gratis a la línea de ayuda de salud mental y drogadicción de Texas Children's Health Plan al 1-800-731-8529. Alguien lo ayudará a obtener atención de inmediato. En cuanto pueda, usted o alguien en su nombre, deberá llamar a la línea de ayuda para informar que tuvo una emergencia.

Servicios de rehabilitación de salud mental y manejo de casos orientado a la salud mental

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y el manejo de casos orientado a la salud mental?

Estos servicios se prestan para ayudar a miembros con enfermedades mentales, conductuales o emocionales graves. Texas Children's Health Plan también puede ayudar a los miembros a obtener mejor acceso a atención y servicios de apoyo comunitario a través del manejo de casos orientado a la salud mental.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Para obtener estos servicios, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Texas Children's Health Plan ofrece estos servicios:

- Educación, planificación y coordinación de servicios de salud mental
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Atención psiquiátrica parcial y para pacientes hospitalizados (para miembros de hasta 21 años)
- Desintoxicación residencial para pacientes internados y no hospitalaria, rehabilitación y centros de reinserción
- Atención de crisis las 24 horas de todos los días
- Atención residencial (para miembros de hasta 21 años)
- Medicamentos para atención de salud mental y abuso de sustancias
- Análisis de laboratorio
- Derivaciones a otros recursos en la comunidad
- Servicios de atención médica de transición
- Administración de casos orientada (diseñada para ayudar a los miembros a acceder a servicios y apoyos médicos, sociales, educativos y otros necesarios)
- Rehabilitación de salud mental (apoya a los miembros para que logren el mejor nivel posible de funcionamiento en la comunidad)

Atención de la vista

¿Cómo obtengo servicios de atención de la vista?

Para solicitar lentes o controles de la vista, llame gratis a Block Vision al 1-800-879-6901. Los representantes de atención al cliente lo ayudarán a escoger un proveedor cerca de su hogar. También le indicarán cómo conseguir lentes o gafas. No necesita ser derivado por su proveedor de atención primaria para obtener controles de la vista de rutina de oftalmólogos u optometristas de la red de proveedores de Block Vision.

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

Si tiene hasta 20 años de edad:

- Puede recibir un examen de la vista una vez cada 12 meses.
- Las gafas se pueden reemplazar cada 12 meses.

Si tiene más de 21 años de edad:

- Puede recibir un examen de la vista una vez cada 24 meses.
- La gafas se pueden reemplazar cada 24 meses.

Servicios de planificación familiar

¿Cómo recibo servicios de planificación familiar? ¿Necesito una derivación para esto?

Los servicios de planificación familiar ayudan a planificar o evitar un embarazo. Son para hombres y para mujeres. Usted 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 derivación para acceder a los servicios de planificación familiar. Si tiene hasta 20 años de edad, no es necesaria la autorización de los padres para obtener servicios o suministros de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Un control médico anual.
- Una visita al consultorio o clínica cuando tenga un problema o necesite asesoramiento o consejo.
- Análisis de laboratorio.
- Medicamentos recetados y dispositivos anticonceptivos, como píldoras anticonceptivas, diafragmas y condones.
- Pruebas de embarazo.
- Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, como herpes y sífilis.

¿Cómo hallo un proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede averiguar las ubicaciones de los proveedores de planificación familiar cercanos a usted por internet en el sitio www.dshs.state.tx.us/famplan/ o puede llamar a Texas Children's Health Plan al 1-800-659-5764 para obtener ayuda para hallar un proveedor de planificación familiar.

Manejo de enfermedades

El manejo de enfermedades es un abordaje proactivo, multidisciplinario y sistemático a la atención médica que:

- Incluye a todos los miembros con una enfermedad crónica
- Apoya la relación entre el proveedor y el paciente y al plan de atención
- Optimiza la atención del paciente a través de la prevención e intervenciones proactivas basadas en pautas comprobadas
- Incorpora la autogestión del paciente
- Evalúa continuamente el estado de la salud
- Mide resultados
- Procura mejorar el estado de salud general y la calidad de vida y reducir el costo de la atención

Si tiene necesidades especiales de atención médica como diabetes, ADHD o asma, llame gratis al centro de coordinación de servicios al 1-800-659-5764, Opción 4. Le preguntaremos acerca de su estado actual de salud. Su información será entregada a un coordinador de servicios. El coordinador de servicios intentará hablar con usted en un plazo de 7 días para evaluar sus necesidades.

Un coordinador de servicios puede ayudar a:

- Encontrar servicios en su comunidad.
- Programar citas con médicos especiales.
- Aprender acerca de su afección médica.
- Explicar los beneficios y servicios cubiertos.
- Armar un plan de atención indicado para usted.
- Trabajar con su médico principal para ayudarlo a recibir la atención necesaria por razones médicas.

Asegúrese de contarle al coordinador de servicios sobre los médicos especiales que ha estado viendo.

Para obtener más información, llame gratis al centro de Coordinación de servicios al 1-800-659-5764, Opción 4.

Programa de transporte al médico (MTP)

¿Qué es el MTP?

El MTP es un programa de la HHSC que ayuda con los traslados de no emergencia a las consultas de atención médica a clientes elegibles de Medicaid que no cuentan con otras opciones de transporte. El MTP puede ayudar con traslados hacia el médico, el dentista, el hospital, la farmacia y cualquier otro lugar donde reciba servicios de Medicaid.

¿Qué servicios ofrece el MTP?

- Pases o tickets de transporte como por ejemplo del transporte público dentro de la ciudad e interurbano
- Traslados aéreos
- Taxi, furgoneta para sillas de ruedas y otros medios de transporte
- Reembolso de millas para participante de transporte individual (ITP) inscrito. El ITP inscrito puede ser la persona responsable, un familiar, amigo, vecino o cliente.
- Comidas de un proveedor contratado (por ejemplo en la cafetería del hospital)
- Alojamiento en un hotel o motel contratado
- Servicios para asistente (persona responsable como padre, madre o tutor, etc., que acompaña al cliente a recibir un servicio de atención médica).

¿Cómo se consiguen los traslados?

Si vive en el área de Dallas/Ft. Worth: **Llame a LogistiCare**

Reservas por teléfono: 1-855-687-3255

Where's My Ride: 1-877-564-9834

Horario: LogistiCare atiende pedidos para traslados comunes por teléfono de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los traslados comunes deberían ser coordinados 48 horas (2 días laborables) antes de su cita.

Si vive en el área de Houston/Beaumont: Llame a MTM

Reservas por teléfono: 1-855-687-4786

Where's My Ride: 1-888-513-0706

Horario: 7am a 6pm, Lunes a viernes/ Llame al (855) MTP-HSTN o (855) 687-4786 al menos 48 horas antes de su cita. Si faltan menos de 48 horas para su cita y no es urgente, MTM podría pedirle que coordine su cita para otra fecha y horario

Todas las otras áreas del estado: Llame al MTP

Reservas por teléfono: 1-877-633-8747(1-877-MED-TRIP).

Todos los pedidos para servicios de traslados deberían solicitarse dentro de los 2 a 5 días de su cita.

Servicios de ambulancia

Los servicios cubiertos incluyen los servicios solo en caso de emergencia o con autorización previa, provistos por una compañía de ambulancias habilitada.

Servicios de audiología

Los audífonos y las pruebas de audición se proporcionan a través del programa PACT (Program for Amplification for Children of Texas). Puede llamar gratis a PACT al 1-800-252-8033.

Servicios adicionales que Texas Children's Health Plan ofrece

¿Qué beneficios adicionales obtengo como un miembro del Texas Children's Health Plan? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Cuando se asocia a Texas Children's Health Plan, usted obtiene algunos beneficios adicionales que Medicaid no ofrece. Los servicios adicionales disponibles para los miembros de hasta 20 años pueden ser diferentes de los servicios cubiertos para los miembros a partir de los 21 años. Para obtener información sobre cómo obtener estos beneficios y servicios, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

- **Servicios de atención de relevo para cuidadores.** Texas Children's Health Plan ofrecerá ocho horas de servicios de relevo domiciliario además de los servicios basados en el hogar y en la comunidad.
- **Reembolso de equipo deportivo.** Texas Children's Health Plan ofrece reembolso de cualquier programa deportivo disponible en el área del miembro para 4 partidos por año para los miembros de 5 a 20 años.
- **Beneficios para dejar de fumar.** Texas Children's Health Plan ofrece beneficios para dejar de fumar como un servicio de valor agregado para los miembros de STAR Kids. Hasta \$50 más del beneficio básico para productos de reemplazo de nicotina, incluso artículos de venta libre y con receta médica. Instructores de salud, educación y derivación a programas aprobados que se ofrecen gratis a padres de fumadores de todos los miembros que aceptan la terapia.
- **Servicios de control de plagas.** Texas Children's Health Plan ofrece servicios de control de plagas a determinados miembros de STAR Kids con asma.
- **Formación para padres.** Texas Children's Health Plan ofrece seminarios acreditados de formación para padres sobre diversos temas que los padres de miembros de STAR Kids pueden escoger. Los temas abarcan la atención de niños con determinados diagnósticos, como por ejemplo ADHD o autismo, navegar las oportunidades y los servicios de educación especial, y capacitación de padres para defender a niños con discapacidades intelectuales o del desarrollo. Los padres pueden asistir a cualquier seminario acreditado.
- **Proyecciones de películas en ambiente adaptado y seguro.** Texas Children's Health Plan comprende la dificultad que niños con necesidades especiales de atención médica pueden tener para asistir a un cine donde se espera que los niños permanezcan en silencio. Un ambiente adaptado y seguro les permite a los niños disfrutar de una película sin las expectativas de un cine convencional. Se provee una mayor iluminación, sonido más bajo, adelantos más cortos y un ambiente acogedor y agradable.
- **Incentivo por consulta posterior a una hospitalización.** Los miembros de STAR Kids pueden recibir una tarjeta obsequio por completar una consulta de seguimiento posterior a una hospitalización en el plazo de 7 a 14 días desde el alta.

Star Babies (el programa de maternidad del Texas Children's Health Plan)

Star Babies es un programa que la ayuda durante su embarazo y al comienzo de la vida de su bebé. Especialistas en difusión materno-infantil la ayudarán a:

- Programar citas para controles del embarazo.
- Responder preguntas que quizá tenga sobre su cobertura médica.
- Hacer los preparativos para el traslado a las consultas médicas.
- Clases prenatales.
- Completar evaluaciones de análisis de riesgos de la maternidad.
- Obtener información acerca del programa Women, Infants, and Children (WIC).
- Programar citas para chequeos de rutina del bebé sano.
- Obtener información sobre Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps)
- Proveer información sobre el programa de Medicaid para atención médica de mujeres posterior a la pérdida de cobertura.
- Proveer información sobre distintas oportunidades de administración de atención médica.

Miembros con necesidades especiales de atención médica

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

Si tiene necesidades especiales de atención médica y necesita ayuda, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764. Lo comunicaremos con un integrante de su equipo de coordinación de servicios o con su coordinador de servicio indicado. El coordinador de servicios intentará hablar con usted en un plazo de 2 días para analizar sus necesidades.

Un coordinador de servicios puede ayudar a:

- Encontrar servicios en su comunidad.
- Programar citas con médicos especiales.
- Aprender acerca de su afección médica.
- Explicar los beneficios y servicios cubiertos.
- Armar un plan de atención indicado para usted.
- Trabajar con su médico principal para ayudarlo a recibir la atención necesaria por razones médicas.

Asegúrese de contarle al coordinador de servicios sobre los médicos especiales que ha estado viendo.

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

Queremos que usted y sus hijos estén seguros y sanos. Texas Children's Health Plan tiene clases de educación sobre salud y programas para padres e hijos que incluyen:

- Programas de prevención de lesiones como "Safe Sitter", seguridad para andar en bicicleta y seguridad para el asiento del automóvil.
- Controlar diabetes y asma.
- Mantenerse en forma al comer bien y mantenerse activo.
- Embarazo y maternidad.
- Transición para adolescentes.

Ofrecemos estos programas en lugares que son de fácil acceso. Para obtener más información, llámenos gratis al 1-800-659-5764.

Otros servicios o programas de Medicaid

¿Cuáles otros servicios puede ayudarme a recibir Texas Children's Health Plan?

Medicaid cubre algunos servicios que Texas Children's Health Plan no cubre. Quizá usted puede recibir estos servicios y programas.

No necesita una derivación de su proveedor de atención primaria. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para obtener ayuda para utilizar estos servicios y programas.

- **Programa de Intervención en la primera infancia (ECI).**
- **Administración de casos de salud mental o retraso mental (NHMR).**
- **Programa de evaluación diagnóstica de retraso mental (MRDA).**
- **Programa de rehabilitación de salud mental (MHR).**
- **Programa para embarazadas e infantes (PWI).**
- **Texas School of Health and Related Services (SHARS).** Estos servicios se encuentran disponibles únicamente para miembros de hasta 20 años de edad con determinadas discapacidades. Los servicios incluyen terapias, psicoterapias, transporte especial, audición y servicios de salud escolar.
- **Programa de la Texas Commission for the Blind (TCB).**
- **Servicios clínicos para la tuberculosis (TB).**
- **Programa Women, Infants, and Children (WIC).** El WIC es un programa de nutrición para mujeres, infantes y niños. El WIC ayuda a las embarazadas y madres primerizas a aprender acerca de alimentos, lactancia, fórmulas, nutrición y comer de forma saludable.

¿Qué es la Intervención en la primera infancia (ECI)?

El ECI provee información acerca de servicios disponibles para ayudar a los niños, del nacimiento a los 3 años de edad, que podrían tener una discapacidad o un retraso en el desarrollo. El ECI es un programa en todo el estado para familias con niños, del nacimiento a los tres 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 para el desarrollo. Los servicios son provistos por diversas agencias y organizaciones locales en todo Texas.

¿Necesito una derivación para esto?

No, los servicios de intervención en la primera infancia no requieren de una derivación.

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Para más información sobre ECI o para derivar a un niño, comuníquese con su coordinador de servicios, o llame a la línea de consultas de DARS, al 1-800-628-5115. Encuentre el programa ECI más cerca de usted en <https://dmzweb.dars.state.tx.us/prd/citysearch>

¿Qué es la Administración de casos para niños y embarazadas (CPW)?

Administración de casos para niños y embarazadas

¿Necesita ayuda para encontrar y obtener servicios? Quizá pueda obtener la ayuda de un administrador de casos.

¿Quién puede obtener los servicios de un administrador de casos a través del CPW?

Niños, adolescentes, adultos jóvenes (nacimiento hasta 20 años de edad) y embarazadas que tienen Medicaid y:

- Tienen problemas de la salud o
- Tienen un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos del CPW?

Un administrador de casos lo visitará y luego:

- Averiguará cuáles servicios necesita.
- Le enseñará cómo encontrar y obtener otros servicios.
- Hallará servicios cerca de su domicilio.
- Se asegurará de que reciba los servicios que necesita.

¿Qué tipo de ayuda puede obtener?

Los administradores de casos del CPW pueden ayudarlo a:

- Obtener servicios médicos y dentales.
- Trabajar sobre asuntos de escuela o educación.
- Obtener suministros o equipamiento médicos.
- Resolver otros problemas.

¿Cómo puede obtener los servicios de un administrador de casos?

Llame a Texas Health Steps al 1-877-847-8377 (gratis), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Para obtener más información, vaya a: www.dshs.state.tx.us/caseman

Programa Women, Infants, and Children (WIC)

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

Es fácil averiguar si puede participar en el WIC. Si está embarazada, amamantando o tiene niños menores de 5 años de edad, llame al 1-800-942-3678 y hable con alguien de la oficina del WIC.

¿Qué es Head Start y cómo se obtiene?

¿Qué es Head Start?

Head Start es un programa federal que promueve la preparación escolar en niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad para familias de bajos ingresos a través de la mejora de su desarrollo cognitivo, social y emocional. Los programas de Head Start proveen un ambiente de aprendizaje que apoya el crecimiento de los niños en muchas áreas tales como lenguaje, alfabetización y desarrollo social y emocional. Head Start enfatiza el rol de los padres como el primer y principal maestro de sus hijos.

¿Cómo inscribo a mi hijo/a?

Paso 1. Para inscribirse en Head Start, las familias deben cumplir con los requisitos de ingresos como los identifica el gobierno federal. Deberá presentar constancia de ingresos. Puede presentar copias de su declaración fiscal, formas W-2 o sus talones de pago actuales, si corresponde.

Paso 2. Deberá presentar el acta de nacimiento de su hijo/a u otra identificación. Los servicios de Head Start se proveen para niños del nacimiento a los 5 años. Deberá presentar constancia de la edad de su hijo/a.

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

Cuando reúne los requisitos para recibir los servicios, asegúrese de ir o llamar al programa Head Start para preguntar acerca de la disponibilidad. Solicite una copia de los registros de vacunación de su hijo en el consultorio médico. Su hijo/a necesitará la constancia de las vacunas obligatorias. Si no las tiene, el coordinador de servicios lo ayudará a hacer una cita.

Puede preparar una lista de cualquier necesidad especial de su hijo como por ejemplo impedimentos físicos o del habla. Hay programas disponibles para asistir con estos temas. La mayoría de los programas de Head Start comunitarios ofrecen consultas prenatales y en el hogar.

Si desea más información, visite <http://www.txhsa.org/enrollment.html>.

Opciones de prestación del servicio

El individuo o el representante legal (LAR) autorizado por la ley de Texas debe poder dirigir independientemente los servicios basados en el hogar, lo que implica contratar a proveedores de servicios y dirigir la prestación de los servicios del programa.

Hay tres modelos de servicios dirigidos independientemente para que individuos gestionen los servicios y apoyos en el hogar:

- Opción de servicios dirigidos por el consumidor (CDS)
- Opción de responsabilidad del servicio (SRO)
- Opción de agencia (AO)

Servicios dirigidos por el consumidor (CDS)

Los servicios dirigidos por el consumidor (CDS) no son un programa de servicios. Es una opción disponible en determinados programas, y para servicios específicos, que permite un control más personal sobre cómo se prestan los servicios, si puede y quiere asumir una mayor responsabilidad en la coordinación de esos servicios.

Si opta por CDS, usted o su representante designado:

- Reclutará, contratará y capacitará a sus propios empleados y empleados de respaldo (incluso familiares, amigos o vecinos).
- Fijará salarios y beneficios para sus empleados en base a un presupuesto de servicios creado con la ayuda de su equipo de planificación de servicios.
- Fijará horarios y le entregará planillas de horarios a sus empleados.
- Escoja una Agencia de Servicios dirigidos por el consumidor (CDSA) para:
 - > capacitarse para contratar y encargarse de empleados,
 - > procesar sus planillas de horarios y nómina,
 - > procesar recibos y facturas, y
 - > actuar como su agente para pagar impuestos laborales federales y estatales.

¿En qué programas puedo usar CDS?

La opción de CDS está disponible en los siguientes programas:

- Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
- Personas Sordo Ciegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
- Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)
- Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP)
- Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)
- Community First Choice o beneficios de Servicios de cuidado personal (PCS) de STAR Kids
- Servicios de Empoderamiento de los Jóvenes (YES)

Opción de responsabilidad del servicio (SRO)

Una opción de prestación de servicio que le da herramientas al miembro para gestionar sus actividades cotidianas. Esto incluye la supervisión del individuo que provee servicios de asistente personal. El miembro decide cómo se prestan los servicios. Los detalles comerciales quedan a cargo de un proveedor que el miembro escoge.

Opción de agencia (AO)

Escoger la opción de agencia le permite confiar la responsabilidad de los servicios de su programa a una agencia. Su agencia proveedora maneja todos los aspectos de la atención asistida.

Si escoge la opción de agencia, su agencia proveedora:

- Seleccionará, programará y administrará a sus asistentes y reemplazos, con su aporte acerca de sus necesidades.
- Fijará salarios y beneficios para sus asistentes.
- Gestionará los horarios, nóminas y registros laborales.

Coordinación de servicios

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios provee asistencia inicial y continua para identificar, seleccionar, obtener, coordinar y usar servicios cubiertos y otros apoyos que mejoran el bienestar, la independencia, la integración en la comunidad y el potencial de productividad del miembro.

¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?

- Proveerá una evaluación holística de la dinámica, las necesidades y las preferencias del individuo.
- Proveerá educación y ayuda sobre información relacionada con la salud;
- Ayudará a identificar cualquier necesidad física, mental, funcional y psicosocial;
- Trabajará con el miembro y el LAR del miembro y otros encargados de la atención para diseñar un Plan de Servicio Individual (ISP);
- Conectará al miembro con servicios cubiertos y no cubiertos necesarios para cubrir necesidades identificadas;
- Vigilará para asegurarse de que el acceso a servicios cubiertos es oportuno y adecuado;
- Coordinará servicios cubiertos y no cubiertos; e
- Intervendrá en nombre del miembro cuando lo autorice el miembro o el LAR.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Comuníquese con el centro de coordinación de servicios de Texas Children's Health Plan llamando gratis al 1-800-659-5764, Opción 4.

Cómo obtener un coordinador de servicio designado (para miembros de nivel 3 de agudeza)

Los coordinadores de servicios son administradores de casos que defienden y trabajan con su equipo de atención médica. Su coordinador de servicios asignado se asegura de que usted recibe atención y apoyo oportunos, de alta calidad y a buen precio durante las fases agudas y crónicas de su estado de salud. Los coordinadores de servicios protegen su salud a través de la creación de un plan individualizado de servicios, que incluye una evaluación holística de sus necesidades físicas, mentales y sociales.

Si es considerado en nivel 3, puede llamar gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para solicitar un coordinador de servicios designado.

Especialista en transición

¿Qué es un especialista en transición?

Los especialistas en transición se dedican a asistir a miembros con la planificación de la transición a la adultez, trabajando sobre todo con los miembros a partir de los 15 años de edad.

¿Qué hará por mí un especialista en transición?

Los especialistas en transición sirven para asegurarse que los miembros adolescentes y adultos jóvenes reciban planificación de transición temprana e integral para ayudarlos a estar preparados para los cambios en los servicios y beneficios que se producirán a partir de que cumplan 21 años de edad. El especialista en transición ofrece planificación constante de la transición a partir de los 15 años de edad del miembro a través de un abordaje en equipo. Los especialistas en transición están capacitados sobre el sistema STAR+PLUS y mantienen información actualizada sobre recursos locales y estatales para los miembros que atraviesan la transición.

¿Cómo puedo hablar con un especialista en transición?

Comunicándose con su coordinador de servicios al centro de coordinación de servicios de Texas Children's Health Plan

Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)

El Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS) es un programa de exención para asistir a personas en Texas con discapacidades del desarrollo.

¿Qué es considerada una discapacidad del desarrollo en Texas?

Una discapacidad del desarrollo es una discapacidad crónica y grave que empieza antes de que la persona cumple 22 años de edad y es probable que siga para toda la vida.

¿Quién puede recibir servicios en Texas?

- Puede tener cualquier edad.
- Debe cumplir los requisitos para la atención en un centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual o discapacidad del desarrollo o un padecimiento relacionado (ICF/IID).
- Debe tener una determinación de discapacidad intelectual en conformidad con la ley estatal o tener un diagnóstico de un padecimiento relacionado con un IQ de 75 o menos.
- No puede estar inscrito en ningún otro programa de exención.
- Sus ingresos y recursos no pueden superar los límites especificados.

¿Qué edad debo tener para empezar a recibir servicios en Texas?

Puede tener cualquier edad y recibir servicios de exención. Su edad ayudará a determinar cuáles exenciones se aplicarán.

¿Cuáles servicios ofrece el programa de exención de Medicaid en Texas?

- Dispositivos de asistencia
- Habilitación diurna
- Tratamientos odontológicos
- Modificaciones menores del hogar
- Enfermería
- Asistencia residencial
- Relevo
- Terapias especializadas
- Empleo con apoyo

El programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS) provee servicios y apoyos individualizados para las personas con discapacidades intelectuales que viven con sus familias, en sus propios hogares, o en otras residencias de la comunidad, como en hogares en pequeños grupos donde no viven más de cuatro personas. La autoridad local provee la coordinación de los servicios.

Para obtener más información, comuníquese gratis con su coordinador de servicios al 1-800-659-5764.

Beneficios de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo proveen asistencia con actividades de la vida diaria (como comer, bañarse y vestirse) y actividades instrumentales de la vida diaria (como preparar comidas, administrar medicamentos y tareas domésticas). Los servicios incluyen Atención en el hogar primario, Servicios de salud y actividad diurnos, el Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP) y los Servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS). Estos servicios se prestan bajo la facultad otorgada al estado de Texas para permitir la prestación de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para ayudar a los miembros a vivir en la comunidad en lugar de en una institución.

La planificación de la atención y los servicios de coordinación de la atención ayudan a los beneficiarios y a las familias a navegar el sistema sanitario y a garantizar que se emplean los proveedores y servicios correctos para satisfacer las necesidades y las preferencias de los miembros; estos servicios pueden ser fundamentales para los beneficiarios del LTSS que también suelen tener significativas necesidades de atención aguda.

El LTSS disponible bajo el Plan Estatal para miembros de STAR Kids incluye:

- Servicios de Enfermera privada (PDN)
- Servicios de cuidado personal (PCS)
- Community First Choice (CFC)

Los servicios de exención de MDCP están disponibles para miembros que cumplen con los requisitos de ingresos, recursos y necesidad por razones médicas para el nivel de atención de un centro de enfermería. Los miembros del MDCP son elegibles para recibir servicios adicionales del LTSS.

Servicios disponibles en todas las exenciones del MDCP

- | | |
|--|--|
| • Dispositivos de asistencia (AA) | • Asistencia de Empleo (EA) |
| • Servicios de Gestión Financiera (FMS) | • Apoyo flexible a la familia |
| • Modificaciones menores en el hogar (MHM) | • Relevo |
| • Empleo con apoyo (SE) | • Servicios de Asistencia para la transición |

Para obtener más información, comuníquese gratis con su coordinador de servicios al 1-800-659-5764.

¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?

Los programas de servicios en el hogar y en la comunidad proveen alternativas a vivir en instituciones (tales como centros de enfermería o una instalación de atención intermedia). Estos servicios pueden ser parte de la cobertura normal de Medicaid (como servicios de enfermera privada o cuidado personal) o pueden ser prestados a través de programas llamados “exenciones” que permiten que los consumidores tengan un rol activo en su atención médica y permanezcan en la comunidad.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Las exenciones se aplican a las personas con discapacidades mentales, del desarrollo y/o físicas, en base a una evaluación de las necesidades. Hable con su médico acerca de sus necesidades de atención que requieren de servicios y apoyos a largo plazo.

¿Dónde llamo para averiguar acerca de estos servicios?

Llame gratis al centro de Coordinación de servicios al 1-800-659-5764.

Estoy en el Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré mi LTSS?

Los LTSS de planes estatales como Servicios de cuidado personal (PCS), Enfermera privada (PDN) y Community First Choice (CFC) además de todos los servicios del MDCP se prestarán a través de 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 en la exención de Servicios de Empoderamiento de los Jóvenes (YES). ¿Cómo recibiré mi LTSS?

Los LTSS de planes estatales como Servicios de cuidado personal (PCS), Enfermera privada (PDN) y Community First Choice (CFC) se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Los servicios de exenciones YES serán prestados a través del Departamento Estatal de Servicios del Salud. Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con su administrador de casos de la Autoridad de Salud Mental Local (LMHA) para realizar preguntas específicas sobre los servicios de las exenciones YES.

Estoy en la exención de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS). ¿Cómo recibiré mi LTSS?

Los LTSS de planes estatales como Servicios de cuidado personal (PCS), Enfermera privada (PDN) y Community First Choice (CFC) se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Sus servicios de exención CLASS serán prestados a través del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas. Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con su administrador de casos de CLASS para realizar preguntas específicas sobre los servicios de las exenciones CLASS.

Estoy en la exención para Personas Sordo Ciegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré mi LTSS?

Los LTSS de planes estatales como Servicios de cuidado personal (PCS), Enfermera privada (PDN) y Community First Choice (CFC) se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Sus servicios de exención DBMD serán prestados a través del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas. Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con su administrador de casos de DBMD para realizar preguntas específicas sobre los servicios de las exenciones DBMD.

Estoy en la exención de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS). ¿Cómo recibiré mi LTSS?

Los LTSS de planes estatales como Servicios de cuidado personal (PCS), Enfermera privada (PDN) y Community First Choice (CFC) se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Sus servicios de exención HCS serán prestados a través del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas. Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con su coordinador de servicios del HCS en su autoridad local para discapacidad intelectual y del desarrollo (LIDDA) para realizar preguntas específicas sobre los servicios de las exenciones HCS.

Estoy en la exención de Texas para Vivir en Casa (TxHmL). ¿Cómo recibiré mi LTSS?

Los LTSS de planes estatales como Servicios de cuidado personal (PCS), Enfermera privada (PDN) y Community First Choice (CFC) se prestarán a través de Texas Children's Health Plan. Sus servicios de exención TxHmL serán prestados a través del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas. Comuníquese con su coordinador de servicios de Texas Children's Health Plan si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con su coordinador de servicios del TxHmL en su autoridad local para discapacidad intelectual y del desarrollo (LIDDA) para realizar preguntas específicas sobre los servicios de las exenciones TxHmL.

Centro de atención pediátrica prolongada y recetada (PPECC)

¿Qué es un Centro de atención pediátrica prolongada y recetada (PPECC)?

Los centros de atención pediátrica prolongada y recetada (PPECC) permiten que menores del nacimiento a los 20 años de edad con padecimientos médicos complejos reciban atención médica diariamente fuera de una institución de salud.

Cuando un médico lo receta, los menores pueden asistir a un PPECC hasta un máximo de 12 horas por día para recibir servicios médicos, de enfermería, psicosociales, terapéuticos y del desarrollo que se adaptan a su padecimiento médico y su estado evolutivo. Este beneficio requiere de autorización de un médico.

Centro de enfermería

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

No. Los beneficios siguen siendo los mismos, y un coordinador de servicios sigue actuando para apoyar las necesidades, metas y preferencias del miembro.

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

Un miembro de STAR Kids que ingresa a un centro de enfermería o centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual o discapacidad del desarrollo o un padecimiento relacionado (ICF/IID) seguirá siendo miembro de STAR Kids. Texas Children's Health Plan debe proveer coordinación de servicios y todos los servicios cubiertos que se producen fuera del centro de enfermería o ICF/IID cuando un miembro de STAR Kids es residente de un centro de enfermería o ICF/IID. Durante toda la estadía en el centro de enfermería o ICF/IID, Texas Children's Health Plan debe trabajar con el miembro o el representante legal (LAR) del miembro para identificar los programas de servicios en la comunidad y LTSS para ayudar al miembros a regresar a la comunidad.

Beneficios de cuidados agudos

¿Cuáles son mis beneficios de cuidados agudos?

Los servicios de cuidados agudos incluyen lugares tales como consultorios médicos, clínicas, laboratorios, consultas terapéuticas, farmacias, hospitales o centros de diagnóstico. Texas Children's Health Plan contrata todo tipo de proveedores de atención para ofrecer a sus miembros acceso a toda la gama de servicios de cuidados agudos.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Puede acceder a servicios de cuidados agudos en cualquier momento. Llamar a su médico de atención primaria es la mejor forma de empezar. Texas Children's Health Plan apoya la consulta del miembro a su médico de atención primaria para recibir una evaluación y planificación de las necesidades de atención, incluso la atención de prevención.

Texas Children's Health Plan no exige la aprobación, derivación o autorización a especialistas que pertenecen a la red, incluso para atención de salud mental, atención de la mujer o atención urgente.

¿Dónde llamo para averiguar acerca de estos servicios?

Para obtener más información, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Plan de Servicio Individual (ISP)

¿Qué es el ISP?

El ISP se utiliza para comunicar y alinear expectativas entre el miembro, su LAR, Texas Children's Health Plan y proveedores clave de servicios en referencia a:

- resultados de las evaluaciones
- metas a corto y a largo plazo
- necesidades de servicios
- preferencias del miembro

Un plan de servicio individualizado (ISP) se puede armar en el momento de afiliación, anualmente, por expreso pedido y cuando la vida o un acontecimiento de la salud dicte un cambio que podría influir en el plan o el nivel de atención que se presta a un miembro de STAR Kids. El ISP se informa a través de la forma de resultados del proceso de detección y análisis de STAR Kids, además del aporte del miembro, su familia y cuidadores, proveedores y cualquier otro individuo con conocimiento y entendimiento de los puntos fuertes y las necesidades de servicios del miembro que es identificado por el miembro, el LAR del miembro o Texas Children's Health Plan. En la medida de lo posible y aplicable, el ISP también debe incluir planes de servicios escolares y planes de servicios provistos fuera de Texas Children's Health Plan. Texas Children's Health Plan solicita pero no exige al miembro presentar una copia de su Plan de Educación Individualizada (IEP).

Para obtener más información, llame gratis al centro de Coordinación de servicios al 1-800-659-5764.

Health Home

¿Qué es Health Home?

Health Home debe proveer un conjunto de servicios y apoyos, descritos más adelante, que superan lo exigido a un PCP. Los Health Home de STAR Kids deben operar a través de un consultorio de atención primaria o, si corresponde, un consultorio especializado y deben proveer un abordaje de equipo a la atención cuyo objetivo sea mejorar la facilidad de acceso, la coordinación entre proveedores y la calidad de la atención.

Los servicios de Health Home deben ser parte de un abordaje basado en la persona y tratar de forma holística las necesidades de las personas con múltiples padecimientos crónicos o un solo padecimiento grave y persistente de salud o mental.

Los servicios de Health Home deben incluir:

1. Educación del paciente para la autogestión;
2. Educación del proveedor;
3. Atención centrada en el paciente y centrada en la familia;
4. Modelos comprobados y estándares mínimos para la atención; y
5. Apoyo al paciente y a la familia (incluso representantes autorizados).

Enfermera privada

Servicios de Enfermera privada (PDN)

- Los servicios de PDN son un beneficio de Medicaid, que incluye atención directa de enfermeras y capacitación y educación de cuidadores. Debe estar disponible para todos los miembros cuya elegibilidad se determinó a través del Instrumento de Análisis y Evaluación de STAR Kids (SK-SAI).
- Los servicios de PDN deben ser provistos por una enfermera certificada (RN) o una enfermera vocacional con licencia (LVN).
- PDN debe estar disponible para miembros que requieren de asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL), las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), o actividades de mantenimiento de la salud (HMA) causadas por un impedimento físico, cognitivo o mental relacionado con la discapacidad crónica o el padecimiento crónico del miembro, y los servicios de PDN deben ser autorizados a través del SK-SAI.
- Texas Children's Health Plan debe asegurarse que los miembros que reciben PDN, PCS o ambos servicios, tengan acceso a proveedores adecuados.

Para obtener una PDN, los miembros deben:

- Tener hasta 20 años de edad y tener Medicaid
- Cumplir con los requisitos de necesidad por razones médicas
- Requiere de atención individualizada, continua y profesional que supera el nivel de visitas de enfermeras profesionales normalmente autorizado bajo los servicios de Texas Medicaid Home Health Skilled Nursing y Home Health Aide (HHA)

Evaluaciones y reevaluaciones

Una evaluación es una revisión del padecimiento de su hijo/a para determinar si el menor puede necesitar servicios de PDN. Las reevaluaciones son otras revisiones que se efectúan después de la primera. Usted y el administrador de casos del DSHS de su hijo completarán una Forma de Evaluación de Atención Personal (PCAF). Hay pasos a seguir después de que su hijo comienza a tener PDN.

Su hijo debe tener una reevaluación:

1. Cada 12 meses.
2. Cuando se produce un cambio en el padecimiento o en su situación habitacional en el hogar.

Para obtener más información, llame gratis al centro de Coordinación de servicios al 1-800-659-5764.

¿Qué es la Project Rental Assistance?

Programa Project Rental Assistance de la Sección 811

El programa Project Rental Assistance (PRA) de la Sección 811 provee asistencia para rentas basadas en el proyecto para personas con ingresos extremadamente bajos con discapacidades vinculadas con servicios a largo plazo. El programa es posible gracias a una asociación entre la TDHCA, 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 personas con discapacidades vivan de la forma más independiente posible a través de la coordinación de servicios voluntarios y la alternativa de escoger opciones de vivienda de renta subsidiada e integrada.

Destinatarios:

- Personas con discapacidades que viven en instituciones. Las personas que desean pasar a la comunidad desde un centro de enfermería y centros de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual o discapacidad del desarrollo quizá no puedan costear viviendas accesibles en sus comunidades.
- Las personas con una enfermedad mental grave. Las personas que participan en servicios pero enfrentan retos causados por la inestabilidad de vivienda. Las viviendas estables, integradas y accesibles les permitirían a estas personas tener la oportunidad de participar plenamente en la rehabilitación y el tratamiento, mejorando mucho sus perspectivas de desarrollo de su máximo potencial en la comunidad.
- Jóvenes con discapacidades que salen de hogares sustitutos. Los jóvenes que salen de hogares sustitutos a menudo quedan sin hogar, sobre todo sin la estabilidad de la vivienda a largo plazo

Para obtener más información, comuníquese gratis con su coordinador de servicios al 1-800-659-5764.

Equipos médicos duraderos (DME)

Los equipos o aparatos médicos que se fabrican para soportar el uso repetido, ordenados por un médico para uso en el hogar, y necesarios para corregir o aliviar la discapacidad, el padecimiento o la enfermedad de un cliente.

Los DME deben:

- Ser necesarios por razones médicas debido a una lesión o enfermedad o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo,
- Ser considerados seguros para uso en el hogar.
- Ser provistos a través de un proveedor o distribuidor de DMEH inscrito.
- Satisfacer las necesidades de tratamiento y médicas existentes del cliente.

Para obtener DME, los miembros deben:

- Tener hasta 20 años de edad y tener Medicaid
- Cumplir con los requisitos de necesidad por razones médicas

Para obtener más información, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Community First Choice (CFC)

¿Cómo funciona CFC en Texas?

Los servicios de CFC están disponibles en todos los modelos de servicios para niños y adultos que cumplen con los requisitos para obtener este beneficio.

¿Qué es CFC?

CFC es una opción de plan estatal que le permite a los estados proveer servicios de asistente en hogar y en la comunidad y apoya a los afiliados elegibles de Medicaid bajo su plan estatal.

¿Quién es elegible para CFC?

1. Para ser elegible para CFC, un individuo debe:

- Ser un menor o un adulto elegible para Medicaid.
- Satisfacer un nivel de atención institucional, incluso:
 - i. hospital,
 - ii. centro de enfermería,
 - iii. un centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual o discapacidad del desarrollo,
 - iv. una institución que provee servicios psiquiátricos para individuos menores de 21 años, o
 - v. una institución para enfermedades mentales para individuos de más de 65 años de edad inclusive.
- Necesitar ayuda con actividades y actividades instrumentales de la vida diaria (ADL y IADL) tales como vestirse, bañarse y comer.

¿Las personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo (IDD) que satisfacen los requisitos de elegibilidad para CFC tienen acceso a los servicios de CFC, independientemente de si en la actualidad reciben o no servicios a través de una de las cuatro exenciones para IDD?
Sí. Los individuos con IDD que satisfacen los requisitos para la cobertura y reciben atención en el hogar o en la comunidad tienen acceso a CFC. CFC está disponible para individuos que viven en su propio hogar, o en el hogar de un familiar (hogar propio, hogar familiar).

¿Está la habilitación disponible para todos los individuos más allá de su nivel de funcionamiento?

Todos los individuos que satisfacen los requisitos de elegibilidad de CFC pueden recibir habilitación si el individuo tiene una necesidad identificada e insatisfecha del servicio según lo determinó el individuo y el equipo de planificación de servicios utilizando un proceso de planificación centrado en la persona.

Servicios de CFC

¿Cuáles servicios incluye el beneficio CFC?

- PAS: asistencia con las ADL e IADL a través de asistencia práctica, supervisión y/o guía.
- Habilitación (HAB): adquisición, mantenimiento y mejora de las habilidades necesarias para que el individuo logre realizar las ADL, IADL y tareas relacionadas con la salud
- Servicios de respuesta ante emergencias (ERS): sistemas de respaldo y apoyos para garantizar la continuidad de servicios y apoyos. Los sistemas de respaldo y apoyos incluyen dispositivos electrónicos para garantizar la continuidad de servicios y apoyos y están disponibles para individuos que viven solos, que están solos durante gran parte del día, o que no tienen un cuidador habitual por periodos prolongados y que de otra forma requerirían de mucha supervisión de rutina.
- Gestión del Apoyo: capacitación voluntaria sobre cómo seleccionar, manejar y despedir asistentes. Este es un servicio voluntario que ofrece una capacitación práctica y asistencia para reclutar, evaluar, contratar, gestionar y despedir asistentes.
- Asesoramiento para apoyos: Un servicio opcional para quienes usan la opción de CDS provisto por un asesor de apoyo que ofrece un nivel de asistencia y capacitación superior al provisto por la Agencia de Servicios de Gestión Financiera (FMSA) a través de los Servicios de Gestión Financiera (FMS). El asesoramiento para apoyos ayuda a un empleador a cumplir con las responsabilidades obligatorias de un empleador de la opción CDS y a prestar servicios del programa de forma satisfactoria.
- PAS y HAB están disponibles a través de la opción CDS.

En el caso de los niños que reciben servicios de cuidado personal (PCS), ¿debe el cliente escoger entre PCS o CFC o puede recibir ambos al mismo tiempo?

Se evalúa a los clientes para recibir servicios de CFC en el momento de su reevaluación de PCS. En casos donde los niños reúnen los requisitos para los servicios de CFC, el CFC reemplaza al beneficio de PCS para los niños que reúnen los requisitos de elegibilidad de CFC. Los individuos que no reúnen los requisitos de elegibilidad de CFC, pero sí los de PCS, son elegibles para recibir PCS de acuerdo con los requisitos de las políticas de PCS vigentes.

¿Se provee PAS o HAB de CFC a largo plazo, ya que incluye habilitación y un niño quizá necesite apoyo continuo para completar tareas tales como comer, bañarse y vestirse? Si el niño sigue necesitando CFC año tras año, ¿se consideraría utilizar PCS porque no ha logrado el nivel suficiente de habilidades para completar las tareas por sí mismo?

Los servicios de CFC no tienen un límite de tiempo o edad. Los individuos elegibles pueden acceder a los servicios de CFC siempre y cuando estén presentes.

¿Hay un límite sobre la cantidad de servicios de CFC que un individuo puede recibir?

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

¿Qué son las ADL e IADL?

- ADL significa actividades personales, cotidianas y básicas incluso, a título enunciativo pero no limitativo, tareas tales como comer, ir al baño, asearse, vestirse, bañarse y trasladarse.
- IADL significa actividades relacionadas con vivir de forma independiente en la comunidad incluso, a título enunciativo pero no limitativo, planificación y preparación de comidas, gestión de finanzas, compra de alimentos, ropa y otros artículos básicos, realización de tareas domésticas básicas, comunicaciones por teléfono u otros medios, y salidas y participación en la comunidad.

¿Qué es la gestión del apoyo, cómo se proveerá y se remunerará al proveedor?

La gestión del apoyo es una capacitación voluntaria sobre cómo seleccionar, manejar y despedir asistentes. Si un individuo solicita este servicio, el proveedor de CFC deberá entregarle al individuo la información acerca de la gestión del apoyo. No hay una tarifa separada para gestión del apoyo.

En líneas generales, ¿cuál es la diferencia entre PCS, PAS y CFC?

PAS y PCS proveen servicios de asistencia personal para completar tareas relacionadas con las ADL o IADL. CFC provee servicios de asistencia personal y habilitación. Habilitación incluye adquisición, mantenimiento y mejora de las habilidades necesarias para que el individuo logre realizar las ADL, IADL y tareas relacionadas con la salud. Además, los individuos que reciben CFC deben satisfacer requisitos de nivel de atención institucional.

¿Hay un límite sobre la cantidad de servicios de CFC que los individuos pueden recibir?

No hay un límite de costo anual definido para CFC. Sin embargo, la cantidad de servicios de CFC que un individuo recibe se basa en una evaluación de la necesidad del individuo del servicio y la consideración de necesidades insatisfechas según lo preparado por el equipo de planificación de servicios, usando un proceso de planificación centrado en la persona.

¿Reemplaza el CFC al servicio de relevo?

No, el CFC no reemplaza al relevo. El relevo sigue siendo un servicio en los programas de exenciones. El relevo no cambia como parte de esta iniciativa. No se puede proveer relevo al mismo tiempo que PAS o HAB de CFC.

¿El plan estatal incluye servicios de relevo?

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

¿CFC produce alguna modificación en la habilitación diurna?

La habilitación diurna no es un servicio de CFC, y sigue siendo un servicio en los programas de exenciones IDD. La habilitación diurna no cambia como parte de esta iniciativa. No se puede proveer habilitación diurna al mismo tiempo que PAS o HAB de CFC.

¿Están los ERS de CFC disponibles para individuos que no viven en su propio hogar o en un hogar familiar (por ejemplo en un centro de vida asistida)?

No. Los ERS de CFC están disponibles únicamente para individuos que viven en su propio hogar o en el hogar de un familiar.

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

¿Quién se encarga de determinar el nivel de atención para elegibilidad de CFC?

Hay tres determinaciones de nivel de atención que incluyen: centro de enfermería/hospital, ICF/IID e IMD (para individuos menores de 21 y mayores de 64). Las distintas entidades se encargan de completar y autorizar, según el programa a través del cual se prestan los servicios de CFC. Texas Children's Health Plan se encarga de evaluar y autorizar servicios de CFC lo que puede incluir la colaboración con la Autoridad Local de Salud Mental o las Autoridades Locales para Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (LIDDA). Consulte la Herramienta de Resumen de Proveedor de CFC para obtener más información sobre los encargados de actividades de CFC.

¿Quién se encarga de completar la evaluación funcional?

Distintas entidades se encargan de completar la evaluación funcional, según el programa a través del cual se prestan los servicios de CFC.

¿De todos modos se requerirá anualmente la reevaluación del nivel de atención (LOC)?

Sí, las determinaciones del LOC son requeridas anualmente o cuando se produce un cambio significativo en la situación.

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 personas escogidas por el individuo y está dirigido por el individuo en la máxima medida de sus posibilidades. La planificación le permite al individuo tomar decisiones informadas, es oportuna y se produce en momentos y lugares cómodos para el individuo. El proceso refleja aspectos culturales del individuo, incluye estrategias para resolución de conflictos o desacuerdos internos del proceso, ofrece alternativas al individuo respecto de los servicios y apoyos que recibe y de quién. El proceso centrado en la persona incluye un método para que el individuo solicite actualizaciones del plan y registra lugares alternativos que el individuo tuvo en cuenta.

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

Todos aquellos inscritos en STAR Kids deben recibir la capacitación de planificación centrada en la persona.

Proceso de apelación de CFC

¿Tienen derecho a apelar los individuos por negaciones de elegibilidad de CFC?

Sí, los individuos tendrán derecho a apelar cualquier medida adversa relacionada con CFC (disminuciones y negaciones de servicios, suspensiones, rechazo de elegibilidad, despidos). Para iniciar una apelación de CFC, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Lugares donde se provee CFC

¿Dónde pueden proveerse los servicios de CFC?

Todos los servicios de CFC se proveen en el hogar o en la comunidad, lo que no incluye un centro de enfermería, hospital que provee servicios de atención a largo plazo, institución para enfermedades mentales, centros de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual o padecimiento relacionado, o instalación con las características de una institución.

¿Pueden los individuos en hogares grupales recibir CFC?

Un individuo debe vivir en su propio hogar o el hogar de un familiar para recibir servicios de CFC.

¿Los individuos que salen de un centro de enfermería (NF) y se reinsertan en la comunidad cumplen los requisitos de CFC?

Si un individuo está saliendo de un centro de enfermería y sigue cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de CFC (descritos en la pregunta 1), podría recibir los servicios de CFC si tienen una necesidad identificada.

Cobertura integral

Texas Children's Health Plan provee servicios integrales de Medicaid para medicamentos, productos biológicos, ciertos suministros limitados de salud para el hogar (LHHS) y vitaminas y minerales para pacientes ambulatorios según lo identificado en el expediente de excepción de fármacos de la HHSC para miembros de STAR Kids.

Si tiene cobertura de Medicare y de otro seguro médico, cada tipo de cobertura se denomina "pagadora". Cuando hay más de una pagadora, las reglas de coordinación de beneficios deciden quién paga primero. El "pagador primario" paga lo que le corresponde de sus facturas primero, y luego envía el resto al "pagador secundario" para que pague. En algunos casos, quizá haya un tercer pagador.

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

¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme servicios o suministros si tengo Medicare y Medicaid?

No pueden facturarle "participación de costos" de Medicare, lo que incluye deducibles, coseguros y copagos que están cubiertos por Medicaid.

Responsabilidades de copago de los miembros

No tiene ningún copago o copagos.

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros

Si tiene preguntas acerca de su cobertura o necesita ayuda, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764. El número de teléfono aparece en la parte inferior del frente de su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan. Necesitará su número de identificación de miembro cuando llame.

Gracias a la ayuda de intérpretes telefónicos, los Defensores de los Derechos de los Miembros pueden hablar con usted en 140 idiomas. Los Defensores de los Derechos de los Miembros están disponibles las 24 horas del día, todos los días. También nos gustaría que se comunicara con nosotros para darnos sus comentarios sobre el servicio que le estamos prestando. Le agradecemos su opinión y sugerencias para atenderlo mejor.

Llame a Servicios para Miembros si:

- Necesita escoger un proveedor de atención primaria.
- Necesita saber cuáles servicios están cubiertos.
- Tiene preguntas sobre los especialistas, hospitales y demás proveedores.
- Recibe una factura de un proveedor.
- Tiene una queja.
- Se muda o cambia su número de teléfono.
- Necesita un intérprete para una consulta médica.
- Necesita reemplazar una tarjeta de identificación.
- No entiende algo que le llegó por correo.
- Necesita transporte para ir al médico.
- Tiene alguna pregunta.
- Tiene problemas para obtener sus medicamentos con receta.

Member Services can also give you materials about:

- Atención de salud mental.
- Cuidado de la diabetes.
- Atención odontológica.
- Cuidado del asma.
- Cuidado personal.
- Atención preventiva.

Servicios de traducción e interpretación

¿Puede alguien actuar de intérprete cuando hablo con mi médico?

Podemos proporcionarle servicios de interpretación de idiomas o de lenguaje por señas para sus visitas al médico.

¿A quién debo llamar para pedir un intérprete?

Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para pedir un intérprete.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Avísenos por lo menos 48 horas antes si necesita este tipo de servicios para su consulta.

Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764, TDD 1-800-735-2989 (Texas Relay), o 7-1-1.

¿Cómo solicito la presencia de un intérprete en el consultorio del médico?

Llámenos desde el consultorio del médico. Hallaremos a alguien que hable su idioma.

Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Ayuda a personas con problemas de la vista

Si tiene un problema de la vista, Texas Children's Health Plan le entregará materiales en tipografía grande, en braille o grabados en cintas de audio. Llame a Servicios a Miembros para hablar sobre sus necesidades especiales.

Servicios de dispositivo telefónico auxiliar para sordos para miembros con impedimentos de audición o del habla

Texas Children's Health Plan utiliza los servicios de Relay Texas TDD para comunicarse con miembros, padres o tutores que tengan problemas de audición o del habla. Para TDD, llame al 1-800-735-2989 o 7-1-1.

Materiales para miembros, en inglés y en español

Este manual y todo el material incluido en su paquete de información para miembros se ofrecen en inglés y en español. Gran parte del material educativo para la salud que entregamos a los miembros a través de nuestra biblioteca de educación para la salud también está disponible en español.

Qué hacer si se muda

¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios de la HHSC y a Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan, gratis al 1-800-659-5764. Antes de obtener servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a Texas Children's Health Plan, salvo en caso de necesitar atención de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de Texas Children's Health Plan hasta que la HHSC cambie su dirección.

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

Cuando reciba una factura por un beneficio o servicio cubiertos por Texas Children's Health Plan, llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

¿Qué información debo proporcionar?

Tenga a mano la factura para darnos la siguiente información:

- Nombre del médico.
- Fecha en la que se prestaron los servicios.
- Número de teléfono del médico.
- Importe del reclamo.

Servicios para Miembros llamará al médico.

Cambios en Texas Children's Health Plan

Es posible que en algún momento Texas Children's Health Plan realice algunos cambios en su funcionamiento, los servicios cubiertos o en su red de médicos y hospitales. Le enviaremos una carta cuando se produzcan cambios en los servicios.

Cómo cambiar de plan de atención médica

¿Qué hago si deseo cambiar de plan de atención médica?

Puede cambiar su plan de atención médica llamando a la línea de información de programas de Texas STAR, STAR Kids o STAR+PLUS al 1-800-964-2777. Puede cambiar de plan todas las veces que desee.

¿Cuándo entra en vigencia el cambio de plan de atención médica?

Si llama para cambiar de plan de atención médica antes del día 15 del mes inclusive, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes posterior al siguiente mes. Por ejemplo:

- Si llama antes del 15 de abril inclusive, el cambio entrará en vigencia el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigencia el 1 de junio.

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la recupera en el plazo de 6 meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de atención médica que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de atención primaria que antes.

Cómo cambiar el plan de atención médica para su bebé

¿Puedo cambiar el plan de atención médica de mi bebé?

Su bebé estará cubierto por el mismo plan de atención médica que usted por al menos 90 días a partir de la fecha de nacimiento. Puede solicitar un cambio de plan antes de que finalicen los 90 días si su plan de atención médica actual y el nuevo plan de atención médica están de acuerdo con la transferencia.

No puede cambiar el plan mientras su bebé se encuentra en el hospital.

Si su bebé no está hospitalizado, puede cambiar el plan de atención médica del bebé llamando a la línea de ayuda de STAR Kids de Texas, al 1-800-964-2777.

Su plan de atención médica también puede pedir cambios

¿Texas Children's Health Plan puede pedir que cancelen mi plan de atención médica (por incumplimiento, etc.)?

Texas Children's Health Plan también puede pedirle al estado que le cancelen nuestro plan si usted:

- a menudo no sigue los consejos del médico;
- va constantemente a la sala de emergencias cuando no tiene una emergencia;
- consulta repetidamente a otro médico o clínica sin antes obtener la autorización del proveedor de atención primaria;
- o sus hijos demuestran un comportamiento indisciplinado o grosero que no está relacionado con afecciones médicas;
- falta a las citas frecuentemente sin avisarle al médico con anticipación;
- presta su tarjeta de identificación a otras personas.

Renovar a tiempo sus beneficios de Medicaid

No pierda sus beneficios médicos. Deberá renovar sus beneficios cada 6 meses. La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le enviará una carta que le indica que es tiempo de renovar sus beneficios de Medicaid. La carta tendrá el número de teléfono de la oficina local de la HHSC para que usted llame. Deberá llamar y coordinar una reunión con su trabajador del caso para renovar sus beneficios de atención médica. La carta también incluirá una lista de la documentación que deberá llevarle a su trabajador del caso. Si no renueva sus beneficios para la fecha indicada en la carta, perderá los beneficios de atención médica.

Cómo renovar

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

Las familias deben renovar la cobertura de Children's Medicaid cada año. En los meses anteriores al vencimiento de la cobertura de un niño/a, la HHSC le enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación incluye una solicitud. Además incluye una carta que le pide una actualización sobre los ingresos de la familia y los descuentos de costos. La familia debe:

- Repasar la información de la solicitud de renovación.
- Modificar cualquier información incorrecta.
- Firmar y fechar la solicitud.
- Ver las opciones de planes de atención médica, si hay disponibles planes de Medicaid.
- Regresar la solicitud de renovación y los documentos de prueba antes del plazo indicado.

Después de que la HHSC recibe la solicitud de renovación y los documentos de prueba, el personal verifica que los niños de la familia sigan cumpliendo con los requisitos para su programa actual o si cumplen con los requisitos para un programa distinto. Si se deriva a un niño/a a otro programa (Medicaid), la HHSC le envía una carta a la familia informándole acerca de la derivación y luego procura ver si el niño/a puede recibir beneficios del otro programa.

Si el niño/a cumple con los requisitos, la cobertura en el nuevo programa (Medicaid) comienza el mes siguiente al último mes de cobertura del otro programa. Durante la renovación, la familia puede escoger nuevos planes médicos y dentales llamando al centro de atención de Children's Medicaid al 1-800-964-2777.

Proceso de renovación completo

Cuando los niños todavía cumplen con los requisitos para recibir cobertura con su programa actual (Medicaid), la HHSC le enviará una carta a la familia que indica la fecha de inicio del nuevo periodo de cobertura.

Revisión de nuevos procedimientos médicos

Usted tiene beneficios como miembro. Uno de ellos es que consideramos nuevos avances médicos. Algunos de ellos son nuevos equipos, análisis y cirugías. Cada situación se analiza en base al caso particular. A veces usamos una revisión especial para asegurarnos de que eso es lo correcto para usted. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

Si está demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica

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

Usted tiene derecho a aceptar o a rechazar la atención médica.

¿Qué son las directivas anticipadas?

Las directivas anticipadas, o testamentos en vida, son un conjunto de instrucciones que usted escribe en caso de que le fuera imposible hablar o escribir para indicar la atención médica que desea recibir. Este conjunto de instrucciones protege sus derechos y deseos. Informan a la gente qué es lo que usted quiere que su médico o familia hagan si en algún momento sufre una lesión o enfermedad grave que no le permite hablar ni escribir. Este conjunto de instrucciones facilitarán las cosas a su familia. También ayudarán al médico a saber qué quiere usted.

¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Si ya tiene directivas anticipadas, hágase saber a su proveedor de atención primaria. Si desea información sobre cómo plasmar por escrito sus instrucciones, hable con su coordinador de servicios o llame gratis al centro de coordinación de servicios al 1-800-659-5764.

Divulgación de información

Texas Children's Health Plan no tiene permitido dar ninguna información a nadie que no sea la persona que completó la solicitud de inscripción a Medicaid. Si usted completó la solicitud de inscripción y desea dar información a alguien más, llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-659-5764.

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

Como miembro de Texas Children's Health Plan, puede pedir y recibir anualmente la siguiente información:

- Información sobre los proveedores de la red: al menos sobre médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicios. Esta información incluirá nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (distintos del inglés) de cada proveedor de la red, además de identificar a los proveedores que no aceptan pacientes nuevos.
- Cualquier límite impuesto sobre la libertad de elección entre los proveedores de la red que se aplique al miembro.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelación y audiencia imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles en el programa Medicaid, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Esto es para asegurarnos de que conozca los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, incluidos servicios de planificación familiar y servicios de proveedores fuera de la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo obtener cobertura de emergencia y fuera del horario de atención y los límites a dichos beneficios, incluso:
 - Qué constituye una afección médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios de posestabilización.
 - El hecho de que no necesite autorización previa de su proveedor de atención primaria para obtener servicios de atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluidas instrucciones sobre el uso del sistema telefónico 9-1-1 o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales ofrecen servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración que establezca su derecho a usar cualquier hospital u otro sitio de atención de emergencias.
 - Las reglas de posestabilización.
- La política sobre derivaciones para atención especializada y para recibir otros beneficios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
- Las pautas para las prácticas de Texas Children's Health Plan.

Medicaid y los seguros privados

¿Qué hago si tengo otra cobertura médica además de Medicaid?

Debe informar sobre cualquier seguro médico privado que tenga al personal de Medicaid. Llame a la línea directa de recursos de terceros de Medicaid y actualice su archivo de Medicaid si:

- se cancela su seguro médico privado;
- obtiene una nueva cobertura de seguro;
- tiene preguntas generales sobre los seguros de terceros.

El número gratis de la línea directa es 1-800-846-7307.

Aunque tenga otro seguro, quizá aún reúna los requisitos para tener Medicaid. Cuando le informa al personal de Medicaid sobre su otro seguro médico, usted ayuda a garantizar que Medicaid sólo pague lo que su otro seguro no cubre.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden rehusarse a prestarle servicios porque usted tiene un seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también deben presentar el reclamo ante su compañía de seguro médico privado.

Planes de incentivo para proveedores

Un plan de incentivo para médicos recompensa a médicos por tratamientos que reducen o limitan servicios para las personas cubiertas por Medicaid. Texas Children's Health Plan no puede realizar pagos bajo el plan de incentivos a médicos si el objetivo de los pagos es inducir a los proveedores a reducir o limitar servicios cubiertos y necesarios por razones médicas para los miembros. Tiene el derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico de cabecera) es parte de este plan de incentivo a médicos. También tiene el derecho a saber cómo funciona el plan. Para más información acerca de esto, puede llamar al 1-800-659-5764.

Su privacidad

Para Texas Children's Health Plan la confidencialidad de su información personal de salud (información que puede revelar su identidad) es un asunto muy serio. Además de cumplir con todas las leyes pertinentes, manejamos con cuidado su información personal de salud (PHI) de acuerdo con nuestras propias políticas y procedimientos de confidencialidad. Hemos asumido el compromiso de proteger su privacidad en todos los casos. Usamos y compartimos su información sólo a efectos de proveerle beneficios de salud.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad tiene información sobre la forma en que usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. En su manual de miembro se incluye una copia de nuestro Aviso de Privacidad y también está disponible en nuestro sitio web www.TexasChildrensHealthPlan.org. También puede llamar gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 y pedir una copia de nuestro Aviso de Privacidad.

Si tiene preguntas sobre nuestro aviso, llame a Servicios para Miembros.

Cuando no está conforme o tiene una queja

¿Qué es una queja?

Una queja surge cuando usted no está satisfecho con la atención médica o los servicios que recibe de su médico, el personal del consultorio o el personal de Texas Children's Health Plan.

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién llamo?

Queremos ayudarlo. Si tiene una queja, llame a la línea gratis de Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 para contarnos sobre su problema. Un Defensor de los Derechos de los Miembros de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan puede ayudarlo a tramitar una queja. Sólo llame al 1-800-659-5764. Por lo general podemos ayudarlo en el momento o como máximo en el plazo de unos días.

Después de pasar por el proceso de quejas de Texas Children's Health Plan, puede presentar la queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando gratis al 1-866-566-8989. Si desea realizar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Health Plan Operations - H-320
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200
ATTN: Resolution Services

Si tiene acceso a internet, puede enviar su queja por correo electrónico a HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

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

Un Defensor de los Derechos de los Miembros de Texas Children's Health Plan puede ayudarlo a tramitar una queja. Sólo llámenos gratis al 1-800-659-5764. Por lo general podemos ayudarlo en el momento o como máximo en el plazo de unos días.

Si desea presentar su queja por escrito, envíela a:

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

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

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar quejas?

Puede presentar una queja en cualquier momento. Recibirá una carta en el plazo de 5 días que indica que recibimos su queja.

¿Cuánto tardarán en procesar mi queja?

Dentro de los 5 días hábiles de haber recibido su queja verbal o escrita, Servicios para Miembros le enviará una carta que confirmará el día en que recibimos su queja. Texas Children's Health Plan analizará los hechos y actuará en un plazo de 30 días de haber recibido su queja. Se le enviará una carta de resolución.

En la carta:

- se describirá su queja;
- le informaremos sobre lo que se ha hecho o lo que se hará para solucionar su problema;
- le informaremos cómo pedir una segunda revisión de su queja.

¿Cómo presento una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) una vez que haya atravesado el proceso de quejas de Texas Children's Health Plan?

Una vez que haya terminado el proceso de quejas de Texas Children's Health Plan, puede presentar la queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) llamando gratis al 1-866-566-8989.

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

Texas Health and Human Services Commission
Health Plan Operations—H-320
PO Box 85200
Austin, TX 78708-5200
ATTN: Resolution Services

También puede enviar su queja por correo electrónico a HPM-Complaints@hhsc.state.tx.us.

Apelaciones

Si quisiera apelar la resolución de su problema, incluido el rechazo del pago total o parcial del servicio, debe informarnos en un plazo de 30 días de haber recibido la carta de resolución de la queja.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es el proceso que usted, o alguien que actúa en su nombre, puede solicitar cuando no está de acuerdo con las medidas tomadas por Texas Children's Health Plan y desea una revisión. Ello implica la negación o la autorización limitada de un servicio solicitado, lo que incluye:

- La denegación total o parcial del pago de un servicio.
- La denegación de un tipo o nivel de servicio.
- La reducción, suspensión o cancelación de un servicio previamente autorizado.
- La imposibilidad de prestar servicios de manera oportuna.
- La imposibilidad de actuar dentro de los plazos reglamentarios.

¿Cómo me comunican la denegación de un servicio?

Le enviaremos una carta en caso de que un servicio cubierto solicitado por su médico fuera denegado, demorado, limitado o cancelado.

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que están cubiertos pero Texas Children's Health Plan los deniega o limita?

¿El personal de Texas Children's Health Plan puede ayudarme a presentar una apelación?

Si no está satisfecho o de acuerdo con la medida, tiene derecho a apelar. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764. Un Defensor de los Derechos de los Miembros puede ayudar a solicitar una apelación. Puede iniciar una apelación de forma oral o por escrito. Un pedido de apelación oral (no solicitud de apelación abreviada) debe ser seguido por una apelación del miembro, firmada y por escrito. También puede permitir que un amigo, un familiar o su médico soliciten la apelación en su nombre. Deberá extenderles un consentimiento por escrito para que actúen en su nombre. La solicitud de apelación debe presentarse dentro de los 30 días calendario de haber recibido la notificación de la medida.

Para continuar recibiendo los servicios autorizados en ese momento, tiene tiempo de presentar la apelación a más tardar en un plazo de 10 días posteriores al envío de la carta donde Texas Children's Health Plan le informa la medida tomada o hasta la fecha de vigencia prevista para la medida, lo que ocurra último. Puede solicitar la continuidad de los servicios hasta que se tome una decisión. Si la decisión definitiva confirma la medida de Texas Children's Health Plan, se le solicitará que reembolse el costo de la continuación de los servicios.

Todas las apelaciones se investigan a la brevedad. Texas Children's Health Plan le enviará una carta en un plazo de 5 días laborables para avisarle que recibimos su pedido de apelación. La carta enumerará toda la información que necesitaremos para revisar la apelación. Si la apelación se solicita verbalmente, la carta también incluirá una forma. Deberá firmarla y enviarla de regreso para confirmar su pedido de apelación.

Texas Children's Health Plan le notificará por escrito la decisión tomada acerca de la apelación dentro de los 30 días de haber recibido su pedido de apelación. Usted o su representante podrán pedir una extensión de 14 días.

Texas Children's Health Plan puede extender el periodo si se demuestra que la extensión es en interés del miembro. Texas Children's Health Plan también puede solicitar una extensión si necesitáramos obtener más información. Si solicitamos una extensión, usted recibirá una carta con los motivos de la demora.

Si la apelación se rechaza, la respuesta explicará el motivo y le indicará cómo apelar en la siguiente instancia.

Si apela por segunda vez, el caso será analizado en la segunda instancia por el Panel de Quejas y Apelaciones de Texas Children's Health Plan. El panel está compuesto por una cantidad equitativa de personal, miembros y proveedores de Texas Children's Health Plan. Tiene derecho a apelar en persona o a través de familiares o amigos. Texas Children's Health Plan le notificará por escrito la decisión tomada acerca de su apelación dentro de los 30 días de haber recibido su pedido para una segunda apelación.

¿Qué es una audiencia imparcial?

Una audiencia imparcial es una oportunidad de exponer los motivos por los que piensa que los servicios que usted solicitó y no pudo obtener deberían ser otorgados.

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal?

Si usted, como miembro de Texas Children's Health Plan, está en desacuerdo con la decisión tomada por su plan de atención médica, tiene el derecho a solicitar una audiencia imparcial. Puede designar un representante mediante una carta dirigida al plan de atención médica que establezca el nombre de la persona que usted designa como representante. Un médico u otro proveedor médico pueden ser sus representantes. Si desea objetar una decisión de Texas Children's Health Plan, usted o su representante deben pedir una audiencia imparcial en un plazo de hasta 90 días a partir de la fecha en que se envió la carta del plan de atención médica con la decisión. Si no pide la audiencia imparcial dentro de ese plazo, quizá pierda el derecho a obtenerla.

Para solicitar una audiencia imparcial, usted o su representante deberían enviar una carta al plan de atención médica o llamar a:

Texas Children's Health Plan
Attention: Appeals Department 8390
PO Box 300709
Houston, TX 77230
Fax: 832-825-8796
Phone: 832-828-1001 or 1-800-659-5764
TDD 1-800-735-2989 (Texas Relay) or 7-1-1

Tiene derecho a seguir obteniendo cualquier servicio que el plan de salud haya denegado o reducido, al menos hasta el momento de la decisión definitiva de la audiencia si usted solicita una audiencia imparcial: (1) en el plazo de 10 días calendario posteriores al envío del aviso de la medida de Texas Children's Health Plan o (2) el día en que la carta del plan de atención médica dice que se reducirá o finalizará su servicio, lo que ocurra último. Si no pide una audiencia imparcial para esta fecha, se cancelará el servicio denegado por el plan de atención médica.

Si solicita una audiencia imparcial, usted recibirá un paquete informativo haciéndole saber fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden explicar los motivos por los que necesita el servicio que el plan denegó. La HHSC le hará saber la decisión definitiva en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted solicitó la audiencia. Si necesita ayuda para solicitar una audiencia imparcial, llame a Servicios para Miembros y hable con un Defensor de los Derechos de los Miembros.

¿Qué es una apelación abreviada?

Una apelación abreviada es cuando Texas Children's Health Plan tiene que tomar una decisión rápida basándose en el estado de su salud porque el tiempo necesario para una apelación normal podría poner en riesgo su vida o su salud.

¿Qué sucede si el plan de atención médica rechaza el pedido de apelación abreviada? ¿Cuáles son los plazos para una apelación abreviada?

Los pedidos de apelación abreviada pueden presentarse verbalmente o por escrito. Cuando recibimos un pedido de apelación abreviada, decidimos si la apelación requiere de una revisión rápida. Si decidimos que no es necesaria, se lo haremos saber por teléfono o correo en un plazo de 2 días calendario. Su apelación pasará a ser una apelación normal, lo que significa que finalizará en el plazo de 30 días.

Si decidimos que su apelación sí requiere de una revisión rápida, la apelación se revisará y resolverá en el plazo de 3 días laborables. Si se trata de una emergencia actual o de la denegación de una hospitalización continuada, se tomará la decisión en el plazo de 1 día laborable a partir de la recepción del pedido de apelación abreviada.

Usted o su representante podrán pedir una extensión de 14 días. Texas Children's Health Plan también puede solicitar una extensión si necesitáramos obtener más información. Las extensiones no se aplican a los casos de emergencias actuales o denegaciones de hospitalización continuada. Le informaremos la decisión a la brevedad. También le enviaremos una carta dentro de los 2 días laborables de haber tomado la decisión.

¿Cómo puedo pedir una apelación abreviada? ¿Tengo que presentar mi pedido por escrito?

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación abreviada?

Puede llamar gratis a Servicios para Miembros al 1-800-659-5764 y solicitar ayuda para presentar una apelación. Un Defensor de los Derechos de los Miembros está disponible para ayudarlo. Su pedido no tiene que ser por escrito. El médico de su hijo puede solicitar este tipo de apelación en su nombre.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos de los miembros

1. Tiene el derecho a ser tratado con respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad y sin discriminación. Eso incluye el derecho a:
 - Ser tratado con imparcialidad y respeto.
 - Saber que sus registros médicos y conversaciones con sus proveedores se mantendrán de forma privada y confidencial.
2. Tiene el derecho a recibir una oportunidad razonable para escoger un plan de atención médica y un proveedor de atención primaria. Eso es el médico o el proveedor de atención médica que consultará la mayoría de las veces y quien coordinará su atención. Tiene el derecho a cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Eso incluye el derecho a:
 - Recibir información sobre cómo escoger y cambiar su plan de atención médica y su proveedor de atención primaria.
 - Escoger cualquier plan de atención médica que desee y que se encuentre disponible en su zona y escoger un proveedor de atención primaria que pertenezca a ese plan.
 - Cambiar su proveedor de atención primaria.
 - Cambiar su plan de atención médica sin sanciones.
 - Recibir información sobre cómo cambiar su plan de atención médica o su proveedor de atención primaria.
3. Tiene el derecho a formular preguntas y recibir respuestas acerca de cualquier cosa que no comprenda. Eso incluye el derecho a:
 - Que su proveedor le explique a usted las necesidades de atención médica y hable con usted acerca de distintos modos para tratar sus problemas médicos.
 - Que le digan por qué se denegó y no se prestó atención o servicios.
4. Tiene el derecho a aceptar o rehusar tratamiento y a participar activamente en las decisiones acerca del tratamiento. Eso incluye el derecho a:
 - Trabajar como parte de un equipo con su proveedor para decidir cuál es la mejor atención médica para usted.
 - Decirle que sí o que no a la atención recomendada por su proveedor.
5. Tiene el derecho a usar cada proceso de queja y apelación disponible a través de la organización de atención administrada y a través de Medicaid, y a recibir respuesta oportuna a las quejas, las apelaciones y las audiencias imparciales. Eso incluye el derecho a:
 - Presentar una queja ante su plan de atención médica o el programa de Medicaid del estado acerca de su atención médica, su proveedor o su plan de atención médica.
 - Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - Usar el proceso de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - Pedir una audiencia imparcial del programa de Medicaid del estado y recibir información acerca de cómo funciona ese proceso.
6. Tiene el derecho a acceder de forma oportuna a atención que no presente ninguna barrera de acceso físico ni de comunicación. Eso incluye el derecho a:
 - Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, todos los días para recibir toda la atención urgente o de emergencia que necesite.
 - Recibir atención médica de manera oportuna.
 - Poder ingresar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto incluye acceso sin barreras para personas con discapacidades u otras situaciones que limitan la movilidad, en conformidad con la Ley de norteamericanos con discapacidades.
 - Contar con intérpretes, de ser necesarios, durante las citas con sus proveedores y cuando habla con su plan de atención médica. Intérpretes incluye personas que pueden hablar en su idioma materno, ayudar a alguien con una discapacidad o ayudarlo a entender la información.
 - Recibir información que pueda entender acerca de las reglas de su plan de atención médica, incluidos los servicios de atención médica que puede obtener y cómo obtenerlos.
7. Tiene el derecho a no ser reprimido o aislado para conveniencia de otra persona, o con la intención de obligarlo a hacer algo que usted no desea hacer, o para castigarlo.
8. Tiene el derecho a saber que los médicos, hospitales y otras personas que lo atiendan pueden darle información acerca de la situación de su salud, atención médica y tratamiento. Su plan de atención médica no puede impedir que le entreguen esta información, incluso cuando la atención o el tratamiento no sea un servicio cubierto.
9. Tiene el derecho a saber que usted no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros prestadores no pueden exigirle que abone el copago o ninguna otra cantidad por servicios cubiertos.

Responsabilidades de los miembros

1. Debe conocer y entender cada uno de los derechos que tiene en el programa de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Conocer y entender sus derechos en el programa de Medicaid.
 - Formular preguntas si no entiende sus derechos.
 - Saber cuáles opciones de planes de atención médica se encuentran disponibles en su zona.
2. Debe respetar todas las políticas y los procedimientos del plan de atención médica y de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Conocer y respetar todas las reglas del plan de atención médica y las reglas de Medicaid.
 - Escoger con prontitud su plan de atención médica y su proveedor de atención primaria.
 - Realizar cualquier cambio a su plan de atención médica y a su proveedor de atención primaria de las maneras estipuladas por Medicaid y por el plan de atención médica.
 - Asistir a sus citas programadas.
 - Cancelar las citas con anticipación cuando no puede asistir.
 - Siempre comunicarse primero con su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - Asegurarse de contar con la autorización de su proveedor de atención primaria antes de acudir a un especialista.
 - Entender cuándo debería y cuándo no debería ir a una sala de emergencias.
3. Debe compartir información acerca de su salud con su proveedor de atención primaria y enterarse acerca de las opciones de servicios y tratamientos. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y preguntar acerca de los distintos modos para tratar sus problemas médicos.
 - Ayudar a sus proveedores a conseguir sus registros médicos.
4. Debe participar en las decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento y servicio, escoger sus preferencias personales y tomar medidas para mantener su salud. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál es la mejor atención médica para usted.
 - Entender cómo lo que usted hace puede afectar su salud.
 - Dar lo mejor de sí para mantenerse saludable.
 - Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Si considera que lo trataron de forma injusta o lo discriminaron, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos al 1-800-368-1019. También puede consultar información relativa a la Oficina de Derechos Civiles del HHS en el sitio www.hhs.gov/ocr.

¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) u otros productos que se encuentran normalmente en una farmacia?

Medicaid cubre algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia. Para todos los miembros, Texas Children's Health Plan paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros insumos y equipos cubiertos si son necesarios por razones médicas. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Texas Children's Health Plan también paga medicamentos de venta libre recetados por razones médicas, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

Para obtener más información acerca de estos beneficios, llame al 1-800-659-5764.

Fraude y abuso

¿Desea denunciar derroche, abuso o fraude?

Háganos saber si piensa que un médico, dentista, farmacéutico en una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que obtiene beneficios está actuando mal. Actuar mal sería derrochar, abusar o cometer fraude, lo cual es contra la ley. Por ejemplo, infórmenos si piensa que alguien está:

- siendo pagado por servicios no prestados o innecesarios;
- mintiendo sobre una afección médica para recibir tratamiento médico;
- permitiendo que alguien más use una identificación de Medicaid;
- utilizando la identificación de Medicaid de otra persona;
- mintiendo sobre el dinero o recursos con los que cuenta para obtener beneficios.

Para denunciar derroche, abuso o fraude, escoja una de las siguientes alternativas:

- Llame a la línea directa de OIG al 1-800-436-6184 o
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/> y escoja “Click Here to Report Waste, Abuse, and Fraud” (haga clic aquí para denunciar derroche, abuso y fraude) para completar la forma por internet.
- Puede realizar la denuncia directamente en su plan:
Texas Children’s Health Plan
Fraud and Abuse Investigations
PO Box 301011, NB 8302
Houston, TX 77230
832-828-1320 o gratis al 1-800-659-5764

Para denunciar derroche, abuso o fraude, le aconsejamos reunir la mayor cantidad posible de información.

Cuando denuncie a un proveedor (médico, dentista, asesor, etc.) incluya la siguiente información:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
- Nombre y dirección de la instalación (hospital, centro de enfermería, agencia de atención domiciliaria, etc.);
- El número de Medicaid del proveedor y de la instalación, si los tiene;
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.);
- Los nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
- Las fechas de los hechos;
- Resumen de lo que sucedió.

Cuando denuncie a alguien que recibe beneficios incluya la siguiente información:

- El nombre de la persona;
- La fecha de nacimiento, el número de Seguro Social o el número de caso de la persona, si lo tiene;
- La ciudad donde vive la persona;
- Detalles específicos sobre el derroche, abuso o fraude.

Abuso, negligencia o explotación

Tiene el derecho a ser tratado con respeto y dignidad, incluso sin abuso, negligencia y explotación.

¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?

Abuso es una lesión mental, emocional, física o sexual, o la falta de prevención de una lesión de ese tipo.

Negligencia produce inanición, deshidratación, sobremedicación o submedicación, condiciones de vida insalubres, etc. La negligencia también incluye falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

Explotación es el mal uso de recursos ajenos con fines personales o monetarios. Esto incluye tomar cheques del Seguro Social o SSI (Ingreso del Seguro Complementario), abusar de una cuenta corriente compartida y tomar bienes y otros recursos.

Cómo denunciar abuso, negligencia y explotación

La ley exige que denuncie sospechas de abuso, negligencia o explotación, incluso el uso no autorizado de contenciones o aislamiento que pueda efectuar un proveedor.

Llame al 9-1-1 en caso de situaciones con peligro de vida o emergencias.

Denuncie por teléfono (no de emergencia); 24 horas, todos los días, gratis.

Denuncie ante el Departamento de servicios para adultos mayores y personas discapacitadas (DADS) a través del 1-800-647-7418 si la víctima de abuso, negligencia o explotación vive o recibe servicios en:

- Un centro de enfermería;
- Una institución de vida asistida;
- Un centro de atención diurno para adultos;
- Un proveedor habilitado de hogar sustituto para adultos; o
- Una agencia de servicios de apoyo en el hogar y en la comunidad (HCSSA) o agencia de Home Health.

La sospecha de abuso, negligencia o explotación de parte de una HCSSA también debe ser denunciada ante el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS). Denuncie todas las demás sospechas de abuso, negligencia o explotación ante el DFPS a través del 1-800-252-5400.

Denuncie por medios electrónicos (no de emergencia)

Vaya a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Deberá crear una cuenta protegida con contraseña y un perfil.

Información de utilidad para denunciar

Cuando denuncie abuso, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, edades, direcciones y números de teléfono de todos los involucrados.

Proveedores de Planificación Familiar



Condado de Austin

No hay clínicas enumeradas para este condado.

Condado de Brazoria

UTMB Regional Maternal & Child Health Program

RM&CHP UTMB Angleton
1108 A E. Mulberry
Angleton ☎ 77515
☎ (979) 849-0692
Ⓢ LMxJV 8-5; Ma 8-7

UTMB Regional Maternal & Child Health Program

RM&CHP UTMB Pearland
2750 E. Broadway
Pearland ☎ 77581
☎ (281) 485-3220
Ⓢ L 8-7; Ma-V 8-5

Condado de Chambers

No hay clínicas enumeradas para este condado.

Condado de Colorado

No clinics listed for this county.

Condado de Fort Bend

Fort Bend Family Health Center, Inc.

Richmond Center
400 Austin St.
Richmond ☎ 77469
☎ (281) 633-3130
Ⓢ LMxV 8-5; Ma 7-6:30; J 7-5;
S 8-12

Planned Parenthood of Houston & Southeast Texas, Inc.

Rosenberg Clinic
4203 Avenue H, Ste. 7
Rosenberg ☎ 77471
☎ (281) 342-8408
Ⓢ LMx 8:30-5; Ma 9-3; J 9-7

Condado de Galveston

Planned Parenthood of Houston & Southeast Texas, Inc.

Dickinson Clinic
3315 Gulf Freeway
Dickinson ☎ 77539
☎ (281) 337-4618
Ⓢ L 10-7; Ma 8-4:30; MxJ 8-3;
V 8-4; S 8-1

UTMB Regional Maternal & Child Health Program

RM&CHP UTMB Texas City
1104 20th Street N.
Texas City ☎ 77590
☎ (409) 643-8359
Ⓢ LMxJV 8-5; Ma 8-7

UTMB Regional Maternal & Child Health Program

RM&CHP UTMB Galveston
301 University Blvd.,
UHC Ste. 7.404
Galveston ☎ 77555-1359
☎ (409) 747-4952
Fax: (409) 747-4947
Ⓢ L 8-7; Ma-V 8-5

Condado de Harris

Asian American Health Coalition

HOPE Clinic
7001 Corporate Drive, Ste. 120
Houston ☎ 77036
☎ (713) 773-0803
Fax: (713) 271-5422
Ⓢ LMxV 9-5; MaJ 12-8; S 9-12

Baylor College of Medicine Teen Health Clinic

Teen Health Clinic—Ben Taub
1504 Taub Loop
Houston ☎ 77030
☎ (713) 873-3601
Ⓢ L-J 8-6:30

Baylor College of Medicine Teen Health Clinic

Teen Health Clinic—Cavalcade
3815 Cavalcade
Houston ☎ 77026
☎ (713) 673-1655
Ⓢ L-J 8-6:30

Baylor College of Medicine Teen Health Clinic

Teen Health Clinic—Chavez High
8501 Howard
Houston ☎ 77017
☎ 713-495-6971
Ⓢ L 8-12; Ma-V 8-4:30

Baylor College of Medicine Teen Health Clinic

Teen Health Clinic—Cullen
5737 Cullen, Ste. 200
Houston ☎ 77021
☎ (713) 440-7313
Ⓢ L-J 8-6:30

Baylor College of Medicine Teen Health Clinic

Teen Health Clinic—
Lee High School
6529 Beverly Hill Lane
Houston ☎ 77057
☎ 713-787-1756
Ⓢ L 8-12; Ma-V 8-4:30

Baylor College of Medicine Teen Health Clinic

Teen Health Clinic—
Lyndon B. Johnson Hospital
5656 Kelley
Houston ☎ 77026
☎ (713) 566-5612
Ⓢ L-J 8-6:30

Baylor College of Medicine Teen Health Clinic

Teen Health Clinic—Lawn
8111 Lawn, Box 203
Houston ☎ 77088
☎ (281) 847-9970
Fax: (281) 820-3740
Ⓢ L-J 8-6:30

City of Houston Department of Health & Human Services

La Nueva Casa De Amigos
Health Center
1809 N. Main
Houston ☎ 77009
☎ (713) 547-8000
Ⓢ L 8:30-5:30; Ma-V 7-4

City of Houston Department of Health & Human Services

Magnolia Health Center
7037 Capitol
Houston ☎ 77011
☎ (713) 928-9800
Ⓢ L 8:30-5:30; Ma-V 7:30-4:30

City of Houston Department of Health & Human Services

Northside Health Center
8523 Arkansas
Houston ☎ 77093
☎ (713) 696-5900
Ⓢ L 8:30-5:30; MaJV 7:30-4:30;
Mx 7:30-4:40

City of Houston Department of Health & Human Services

Riverside Health Center
3315 Delano St.
Houston ☎ 77004
☎ (713) 831-9600
Ⓢ L 8:30-5:30; Ma-V 7:30-4:30

City of Houston Department of Health & Human Services

Sunnyside Health Center
9411 Cullen
Houston ☎ 77051
☎ (713) 732-5000
Ⓢ L 8:30-5:30; Ma-V 7:30-4:30

Harris County Public Health & Environmental Services

Antoine Health Clinic
5815 Antoine, Ste. A
Houston ☎ 77091
☎ (713) 602-3300
Ⓢ LJ 7:30-5:30; Ma 7:30-7;
Mx 7:30-6; V 7:30-5

Harris County Public Health & Environmental Services

Baytown Health Clinic
1000 Lee Drive
Baytown ☎ 77520
☎ (281) 427-5195
Ⓢ LMx 7-7; MaJ 7:30-5:30; V
8-12

Harris County Public Health & Environmental Services

Humble Health Clinic
1730 Humble Place Drive
Humble ☎ 77338
☎ (281) 446-4222
Ⓢ L 7:30-6:30; Ma 9:30-6;
MxJ 8:30-4:30; V 7:30-11:30

Harris County Public Health & Environmental Services

Southeast Health Center
3737 Red Bluff
Pasadena ☎ 77571
☎ (713) 740-5000
Ⓢ L 8-7; MaMx 8-6; JV 8-5

Harris County Public Health & Environmental Services

Webster Health Clinic
311 Pennsylvania
Webster ☎ 77598
☎ (281) 338-0637
Fax: (281) 338-0723
Ⓢ Mx 9-4

Legacy Community Health Services, Inc.

6441 High Star
Houston ☎ 77001
☎ (713) 830-3002
Fax: (713) 830-3023

Legacy Community Health Services, Inc.

5602 Lyons Ave.
Houston ☎ 77020
Fax: (713) 830-3023
Ⓢ L-V 9-7

Legacy Community Health Services, Inc.

215 Westheimer
Houston ☎ 77006
☎ 713-830-3002
Ⓢ L-J 9-7; V 9-5

Planned Parenthood of Houston & Southeast Texas, Inc.

Greenspoint Clinic
11834 Airline Drive
Houston ☎ 77037
☎ (281) 820-5305
Ⓢ LMxJV 8:30-4:30; Mx 10-7:30;
S 8-1

Planned Parenthood of Houston & Southeast Texas, Inc.

Fannin Clinic
3601 Fannin St.
Houston ☎ 77004
☎ (713) 522-3976
Ⓢ L 9-6:45; MaMx 8:30-4:45;
J 8:30-5:45; V 7-4:15; S 8-12:45

Planned Parenthood of Houston & Southeast Texas, Inc.

Southwest Health Center
5800 Bellaire Blvd., Bldg. 1B,
Ste. 120
Houston ☎ 77081
☎ (713) 541-5372
Fax: (713) 271-8212
⊕ LMxJV 8:30-4:30; Ma 10-7

Southeast Texas Family Planning & Cancer Screening

6671 Southwest Freeway
Houston ☎ 77074
☎ (713) 774-6550
Fax: (713) 774-7156
⊕ LMxJ 8:30-5; Ma 8:30-6;
S 9:30-12

UTMB Regional Maternal & Child Health Program

RM&CHP UTMB Katy
511 Park Grove Drive
Katy ☎ 77450
☎ (281) 398-7001
Fax: (281) 398-8175
⊕ L 8-7; Ma-V 8-5

Condado de Liberty

No hay clínicas enumeradas para este condado.

Condado de Matagorda

No hay clínicas enumeradas para este condado.

Condado de Montgomery**Lone Star Community Health Center, Inc.**

Lone Star Family Health Center
704 Old Montgomery Road
Conroe ☎ 77301
☎ (936) 539-4004
⊕ L-V 8-9; S 9-1

UTMB Regional Maternal & Child Health Program

RM&CHP UTMB Conroe
701 E. Davis, Ste. A.
Conroe ☎ 77301
☎ (936) 525-2800
⊕ LMaMxV 8-5; J 8-7

UTMB Regional Maternal & Child Health Program

RM&CHP UTMB New Caney
21134 Highway 59
New Caney ☎ 77357
☎ (281) 577-8966
⊕ LMaMxV 8-5; J 8-7

Condado de Walker**Planned Parenthood of Houston & Southeast Texas, Inc.**

Huntsville Health Center
2505 C Avenue I
Huntsville ☎ 77340
☎ (936) 295-6396
Fax: (936) 295-8434
⊕ LMaV 8:30-4; Mx 8:30-2;
J 8:30-6:30

Condado de Waller**Fort Bend Family Health Center, Inc.**

Waller Center
531 FM 359 S.
Brookshire ☎ 77423
☎ (281) 822-4235
Fax: (281) 375-8443
⊕ LMxJ 8-1; Ma 7-5; V 8-8; S
1-5

Condado de Wharton

No hay clínicas enumeradas para este condado.

Guía para las directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental

Cómo tomar decisiones acerca de su atención y tratamiento médicos y de su tratamiento de salud mental

Tiene el derecho a tomar decisiones acerca de su atención y tratamiento médicos y de su tratamiento de salud mental. Puede escoger la atención que desea o la que no desea recibir.

Tiene el derecho a informarles a los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud acerca de la atención que desea recibir. En determinados casos, usted puede:

- Escoger la atención médica.
- Escoger el tratamiento de salud mental.
- Escoger no aceptar la atención.
- Detener la atención.

Quizá haya ocasiones cuando no pueda informarle al médico lo que desea. Quizá no esté en condiciones para hablar. Quizá esté en coma.

Las opciones deberían indicarse antes de enfermarse. Puede plantearlas por escrito, o puede informárselas a su médico por anticipado. A esto se lo denomina directivas anticipadas. En el caso de los tratamientos de salud mental, se denominan directivas anticipadas de salud mental.

Definiciones:

Persona Competente: Una persona capaz de entender lo que sucedería si de interrumpiera un tratamiento médico.

Proveedor de atención médica: Un médico, enfermera o personal de emergencia habilitados o certificados para proveer atención médica.

Soporte vital: El uso de una máquina para mantener a la persona con vida.

Médico: Un médico habilitado por la Junta Examinadora de Médicos del Estado de Texas.

Tratamiento de la salud mental: Uso de tratamiento convulsivo, uso de medicamentos o tratamiento de emergencia de salud mental.

Preguntas y Respuestas

¿Qué son las directivas anticipadas o las directivas anticipadas de salud mental?

Las directivas anticipadas o las directivas anticipadas de salud mental son un documento escrito que le informa a su médico sus deseos cuando usted no puede informárselos por sus propios medios. Esta declaración para el médico está firmada por usted y por dos testigos. Indica cuáles soportes vitales o tratamientos de salud mental usted desea recibir o no. Además enumera el tipo de atención que desearía recibir o no. Un ejemplo es: Desearía (o no desearía) ser conectado a un respirador artificial si no pudiera respirar por mis propios medios.

¿Quién puede preparar directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental?

Toda persona competente con 18 años de edad como mínimo puede preparar directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental. El tutor legal, cónyuge o padres de un paciente que se prevé no sobrevivirá y que es menor de 18 años de edad.

¿Cuándo adquieren validez las directivas anticipadas o las directivas anticipadas de salud mental?

Las directivas anticipadas o las directivas anticipadas de salud mental adquieren validez cuando:

- Usted, o alguien cercano a usted, le entrega las directivas anticipadas o las directivas anticipadas de salud mental a su médico.
- Usted le informa sus deseos a su médico.
- Usted es incapaz de tomar sus propias decisiones respecto de la atención médica o tratamiento de salud mental que desea recibir.
- Usted está inconsciente o se prevé que no se recuperará.

¿Qué debería incluir en mis directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental?

No hay palabras especiales que deben ser incluidas en las directivas anticipadas o las directivas anticipadas de salud mental. Simplemente indique por escrito si desea o no:

- Soporte vital (un respirador artificial) en caso de no poder respirar por sus propios medios.
- Reanimación cardíaca (en caso de paro cardíaco).
- Alimentación por sonda.
- Antibióticos.

Sus directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental deben:

- Estar firmadas por usted, ante dos testigos. Si usted no puede firmar, alguien debe firmar por usted.
- Estar firmadas por dos testigos de 18 años de edad como mínimo. Los testigos no pueden ser:
 - Parientes consanguíneos o por matrimonio.
 - Su médico.
 - Un empleado del hospital o instalación donde está internado.
- Incluir la fecha de firma.

¿Tienen validez mis directivas anticipadas si estoy embarazada?

No, las leyes de Texas no permiten las directivas anticipadas en caso de embarazo.

¿Quién debería tener una copia de mis directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental?

Debería entregar una copia de sus directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental a:

- Su médico.
- El hospital.
- El centro de enfermería.
- Otro proveedor de atención médica.
- Familiares directos.

Cuando entrega una copia de sus directivas anticipadas o directivas anticipadas de salud mental a su médico o a cualquier otro proveedor de atención médica, las mismas pasarán a formar parte de su registro médico.

¿Qué sucede si cambio de opinión después de escribir las directivas anticipadas o las directivas anticipadas de salud mental?

Puede cambiar o cancelar sus directivas anticipadas o las directivas anticipadas de salud mental en cualquier momento, escribiendo unas nuevas o avisándole a su médico que quiere cancelarlas. Si escribe nuevas directivas anticipadas o directivas anticipadas de salud mental, debe descartar las anteriores. También debe asegurarse de que los testigos de las anteriores directivas anticipadas o directivas anticipadas de salud mental se enteren de que escribió otras.

¿Qué es un poder de representación permanente?

Es un documento escrito que nombra a la persona que usted desea que tome las decisiones de atención médica por usted en caso de que usted no pueda tomarlas. Dicha persona puede ser un familiar, un amigo o un abogado, pero no puede ser su médico. Esta persona puede:

- Autorizar su ingreso a un hospital o centro de enfermería.
- Autorizar una cirugía o cualquier otro tratamiento médico.

Un poder de representación permanente para atención médica debe estar firmado por usted y dos testigos, al igual que las directivas anticipadas o directivas anticipadas de salud mental. Usted puede cancelar por escrito un poder de representación permanente. También puede cancelarlo informándole a la persona que escogió como representante o informándole a su médico. Hay una forma especial que debe leer y firmar antes de firmar su poder de representación permanente para atención médica.

¿Cuál es la diferencia entre un poder de representación permanente para atención médica y las directivas anticipadas?

El poder de representación permanente para atención médica nombra a alguien que tomará sus decisiones de atención médica en caso de que usted mismo no pueda hacerlo.

Las directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental explican el tipo de atención médica y de tratamientos de salud mental que usted quiere o no quiere recibir.

Usted puede tener un poder de representación permanente para atención médica, directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental. Antes de escribir sus instrucciones para atención médica, usted debería hablar con su médico y sus familiares para comunicarles sus deseos.

Si no tiene directivas anticipadas o directivas anticipadas de salud mental y usted no puede informarle sus deseos a su médico, el médico le pedirá a sus familiares o a un tribunal que tome las decisiones para su atención y tratamiento.

Es importante tener directivas anticipadas y directivas anticipadas de salud mental para asegurarse de que se respetarán sus deseos.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para escribir sus deseos, llame gratis a Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan o a su Defensor de los Derechos de los Miembros de Texas Children's al 1-800-659-5764.