



CENTRO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE STAR+PLUS SEPTIEMBRE DE 2024

MANUAL DEL AFILIADO

www.CommunityHealthChoice.org

713.295.2300

1.888.435.2850

Community Health Choice Texas, Inc. es una filial de Harris Health System.



INTRODUCCIÓN

Bienvenido a Community Health Choice

¡Estamos encantados de servirle! Community Health Choice es una Organización de Atención Administrada (MCO) local, sin ánimo de lucro, con la misión de mejorar la salud y el bienestar de los residentes de Texas en todo el condado de Harris.

Como miembro de Community Health Choice, queremos asegurarnos de que tenga acceso a la información y los servicios que necesita para empezar.

Estos son algunos recordatorios:

- Si tiene necesidades especiales, problemas de visión o habla otro idioma, llame gratis a nuestro Departamento de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.
- Le enviaremos esta información de forma que pueda leerla. Si necesita un intérprete que le ayude a comprender este manual, podemos proporcionarle ayuda oral o escrita. Si necesita ayuda con el lenguaje de señas, Community ofrece Sign Share. Si tiene problemas para oír o hablar, llame a la línea TTY/TDD al 7-1-1 o gratuitamente al 1.800.735.2989.
- Si necesita ayuda y servicios auxiliares, incluida la obtención de materiales en formatos alternativos como letra grande o Braille, llame gratis a la Oficina de Elegibilidad de la HHSC al 1.855.827.3748 o a nuestro Departamento de Servicios de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.

Community se compromete a ayudar a nuestros Afiliados. Proporcionamos acceso las 24 horas del día a través de números de teléfono gratuitos para conectar directamente con nuestra línea directa para afiliados, la línea directa de salud conductual (BH) sin crisis, la línea directa de crisis de BH, la línea directa de coordinación de servicios y la línea directa de servicios de transporte médico no urgente (NEMT).

Para ponerse en contacto con el personal del Servicio de Atención al Afiliado, llame de lunes a viernes, de 8:00 a.m. - 5:00 p.m., excepto los días festivos autorizados por el Estado. Acceda a su cuenta de afiliado por Internet las 24 horas del día, los siete días de la semana.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

1.888.435.2850 **Servicio de Atención al Afiliado**
24 horas del día, 7 días a la semana, excepto los días festivos autorizados por el Estado.
713.295.2300 Acceda a su cuenta de afiliado en línea las 24 horas del día, siete días a la semana. La información está disponible en inglés y español.

Llámenos para conseguir un intérprete. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano. Llame también para obtener información sobre farmacias y odontología.

1.888.435.5150 **Coordinación de servicios**
El Equipo de Coordinación de Servicios está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días festivos aprobados por el Estado. Fuera del horario laboral, puede dejar un mensaje y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laborable o llamar a la línea directa de servicios de atención al afiliado al 1.888.435.2850.
713.295.5004

En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano. Si tiene problemas para oír o hablar, llame a la línea TTY al 7-1-1.

1.866.566.8989 **Equipo de Asistencia para la Atención Gestionada del Defensor del Pueblo (OMCAT)**

1.877.343.3108 **Servicios de salud mental/abuso de sustancias y línea directa de crisis
Community Health Choice**

Línea directa de crisis: 24 horas al día, 7 días a la semana. La información está disponible en inglés y español. Llámenos para conseguir un intérprete. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

7-1-1 **TTY para personas con discapacidad auditiva:**
1.800.735.2989 Member Services
Equipo de Asistencia de Atención Gestionada del Defensor del Pueblo (OMCAT) TTY 711

1.800.206.9052 **Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas**

1.800.264.2777 **Línea de ayuda del programa STAR+PLUS**

1.844.572.8194 **Transporte médico no urgente (NEMT) de STAR+PLUS - Access2Care**

Llame para programar y comprobar el estado de su viaje. Access2Care está disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana. Llame gratis a Access2Care al 1.844.572.8194 o programe su cita a través de la aplicación para miembros Access2Care (A2C). Descargue la aplicación de su app store.

La información está disponible en inglés y español. Llame a Access2Care para conseguir un intérprete. 7-1-1 TTY para personas con discapacidad auditiva.

En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

1.877.847.8377 **Programa Pasos Sanos de Texas**

1.844.686.4358 **Servicios para la vista**
Envolve Vision

visionbenefits.envolvehealth.com

1.877.727.9570 **Servicios dentales**
FCL Dental

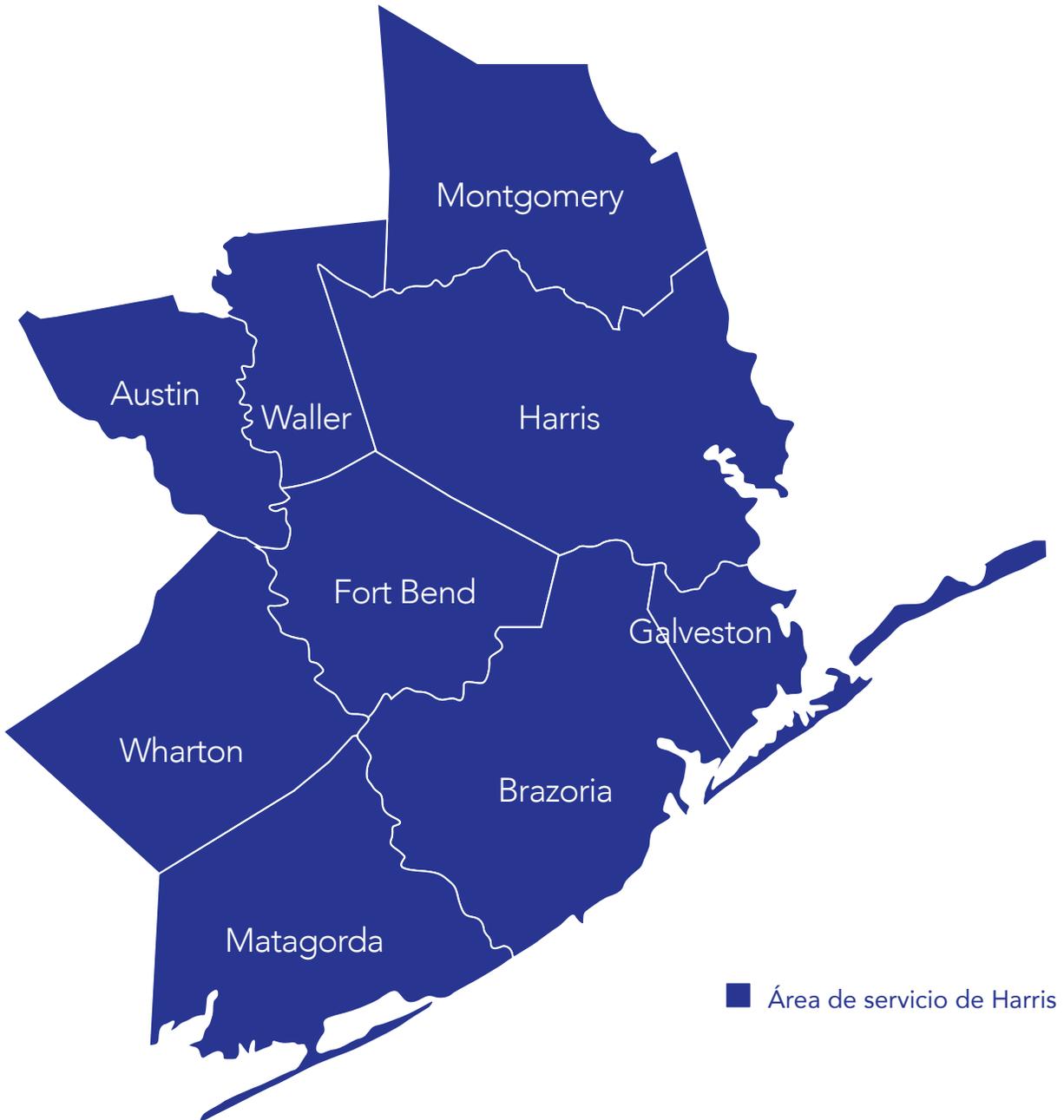
1.800.822.5353 **Farmacia**
Servicios de Atención al Afiliado de Community Health Choice

1.888.760.2600 Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días festivos autorizados por el Estado.

En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

Community Health Choice Texas, Inc. - 4888 Loop Central Drive, Suite 600 - Houston, TX 77081 - www.CommunityHealthChoice.org

Mapa de la zona de servicio



Índice

Tarjetas de identificación de afiliados (ID)	9
Información sobre la tarjeta de identificación de afiliado	9
Cómo leer su tarjeta de identificación de afiliado	9
Cómo utilizar su tarjeta de identificación de afiliado	9
Cómo sustituir su tarjeta de identificación de afiliado	10
Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas	10
Su Tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas (YTB)	10
El portal para clientes de Medicaid YourTexasBenefits.com	11
Formulario 1027-A de verificación de identificación temporal de Medicaid	11
¿Qué aspecto tiene la tarjeta Medicaid?	12
Proveedores de atención primaria	12
¿Qué es un proveedor de atención primaria?	12
¿Me asignarán un proveedor de atención primaria si tengo Medicare?	13
¿Cómo puedo ver a mi proveedor de atención primaria si no acude a mi centro de cuidados especializados?	13
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?	13
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi proveedor de atención primaria?	13
¿Qué es el programa Medicaid Lock-in?	13
Información sobre el plan de incentivos para médicos	13
Cambiar planes de salud	14
¿Qué hago si deseo cambiar de plan de salud?	14
¿A quién llamo?	14
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?	14
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan de salud?	14
¿Puede Community Health Choice pedir que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?	14
Beneficios	14
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?	14
¿Cómo obtengo estos servicios?	17
¿Hay alguna limitación para algún servicio cubierto?	17
¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?	17
¿Otros beneficios de STAR+PLUS, cuidados y apoyo a largo plazo (LTSS)?	17
Community First Choice (CFC)	18
¿Qué es Community First Choice (CFC)? ¿Quién es elegible para los servicios de CFC?	18
¿Qué servicios ofrece CFC?	18
¿Cuáles son mis beneficios de LTSS en un centro de cuidados especializados?	18
¿Otros beneficios de STAR+PLUS, cuidados y apoyo a largo plazo (LTSS)?	18
¿Cómo cambiarían mis beneficios si me trasladara a la comunidad?	19
¿Cuáles son mis beneficios de cuidados agudos?	19
¿Cómo obtengo estos servicios?	19
¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?	19
¿Qué servicios puedo seguir recibiendo a través de Medicaid pero no están cubiertos por Community Health Choice?	19
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	19
¿Qué beneficios adicionales obtengo como afiliado a Community Health Choice?	19
¿Cómo puedo obtener estos beneficios?	20
¿Qué clases de educación sanitaria ofrece Community Health Choice?	20
Programa de gestión de casos complejos	20
Programa de gestión de la atención	20

Asistencia médica y otros servicios	21
¿Qué significa necesario por motivos médicos?	21
¿Qué es la atención médica de rutina?	21
¿Cuánto tardarán en atenderme?	21
¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?	21
¿Qué es la atención médica de emergencia?	22
¿Cuánto tardarán en atenderme?	22
¿Necesito una autorización previa?	22
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?	22
¿Qué es la posestabilización?	23
¿Qué pasa si me enfermo cuando estoy fuera del centro o de viaje?	23
¿Qué hago si estoy fuera del estado?	23
¿Qué hago si estoy fuera del país?	23
¿Qué hago si necesito ver a un especialista?	23
¿Qué es una derivación?	23
¿Con qué rapidez puedo esperar que me atienda un especialista?	23
¿Cuáles servicios no necesitan una derivación?	23
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	24
¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual, salud mental, alcohol o drogas?	24
¿Necesito una derivación?	24
¿Qué son los servicios de rehabilitación para la salud mental y administración de casos específica para la salud mental?	24
¿Cómo obtengo estos servicios?	24
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	24
¿Y si también tengo Medicare?	25
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no es de la red?	25
¿Qué debo llevar a la farmacia?	25
¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?	25
¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos?	25
¿Qué hago si no puedo obtener la aprobación para el medicamento que mi médico ordenó?	25
¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?	25
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	25
¿Cómo hallo un proveedor de servicios de planificación familiar?	25
¿Qué es la coordinación de servicios?	25
¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?	26
¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?	26
¿Qué servicios de transporte ofrece Community Health Choice?	26
¿Qué servicios de transporte se ofrecen?	26
¿Cómo puedo obtener este servicio?	26
¿Qué servicios se ofrecen?	26
¿A quién llamo para que me lleve a una cita médica?	26
¿Cómo puedo obtener servicios de la visión?	26
¿Puede interpretar alguien para mí cuando hablo con mi médico?	27
¿A quién llamo para conseguir un intérprete?	27
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	27
¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?	27
¿Qué hago si necesito ver a un obstetra/ginecólogo?	27
¿Tengo derecho a escoger un ginecólogo/obstetra?	27

¿Cómo escojo un obstetra/ginecólogo?	27
¿Qué pasa si no escojo un obstetra/ginecólogo? ¿Tengo acceso directo a uno?	27
¿Necesitaré una derivación?	27
¿Con qué rapidez puede verme mi obstetra/ginecólogo después de comunicarme para obtener una cita?	27
¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si no pertenece a Community Health Choice?	27
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo/a para tomar una decisión sobre mi atención médica?	28
¿Qué son las directivas anticipadas?	28
¿Cómo obtengo una directiva anticipada?	28
¿Qué pasa si pierdo mi cobertura de Medicaid?	28
¿Qué pasa si recibo una factura del centro de cuidados especializados?	28
¿A quién llamo?	28
¿Qué información me pedirán?	28
¿Qué son los Ingresos aplicados y cuáles son mis responsabilidades?	28
¿Cuáles son mis responsabilidades?	28
¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme por servicios o suministros si tengo Medicare y Medicaid?	28
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	28
¿Qué hago si tengo otra cobertura médica además de Medicaid?	29
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	29
Proceso de quejas	31
¿Qué debo hacer si tengo una queja?	31
¿A quién llamo?	31
¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una queja?	31
¿Cuánto tardarán en procesar mi queja?	32
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	32
Proceso de apelaciones	32
¿Qué puedo hacer si mi médico me pide un servicio o medicamento que está cubierto pero Community Health Choice lo deniega o lo limita?	32
¿Cómo me enteraré de la denegación de servicios?	32
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?	32
¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una apelación?	33
Apelación acelerada ante la MCO	33
¿Qué es una apelación de urgencia?	33
¿Cómo solicito una apelación de urgencia?	33
¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?	33
¿Cuáles son los plazos para una apelación de urgencia?	34
¿Qué ocurre si la MCO deniega la solicitud de apelación de urgencia?	34
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de urgencia?	34
Audiencia estatal imparcial	34
¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?	34
¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial de urgencia?	34
Revisión médica externa	35
¿Puedo solicitar una revisión médica externa?	35
¿Puedo solicitar una revisión médica externa de urgencia?	35
Denuncias de abuso, negligencia y explotación	35
¿Cómo denuncio sospechas de abuso, negligencia o explotación?	35
¿Qué es el abuso, la negligencia o la explotación?	35

Información sobre el fraude **36**
 ¿Desea denunciar derroche, abuso o fraude? 36

Información que debe estar disponible anualmente **37**
 Asistencia con el idioma. 38
 Eventos para afiliados 41

Tarjeta de identificación de afiliado (ID)

Información sobre la tarjeta de identificación de afiliado (ID)

Cada miembro de su familia recibirá su propia tarjeta de afiliado. Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de afiliado y Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas. Muéstrela ambas cosas a su médico o proveedor de atención médica antes de que lo atiendan. Recibirá su tarjeta de identificación de afiliado en un plazo de 3 a 5 días laborables a partir de la fecha de afiliación.

Cómo leer su tarjeta de identificación de afiliado

Compruebe su tarjeta de identificación de afiliado para asegurarse de que es correcta. Debería tener:

- Su nombre
- Su número de Medicaid
- El nombre, la dirección y el número de teléfono de su médico de atención primaria, para que pueda concertar una cita o hablar de sus necesidades de atención médica.

Cómo utilizar su tarjeta de identificación de afiliado

Esta es una muestra de nuestra tarjeta de identificación de afiliado:

AFILIADOS CON MEDICAID (STAR+PLUS) SOLAMENTE- TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADO

  	
Name	DOB
Member ID	PCP Effective Date
PCP Name	
PCP Phone	Rx BIN:
PCP Address	Rx GRP:
	Rx PCN:
<p>i For more information about your plan, log in to your Member Account at / Para más información sobre su plan, ingrese a su cuenta de Miembro en CommunityHealthChoice.org.</p>	
<p>Helpful numbers Números útiles</p> <p>Member Services 24/7 Servicios para Miembros 24/7 1.888.435.2850 TTY 711 (toll-free gratis) Talk to a nurse 24/7 Habla con una enfermera 24/7 1.800.206.9052 TTY 711</p> <p>Service Coordination 24/7 Coordinación de Servicio 24/7 1.888.435.5150 TTY 711, 713.295.5004 TTY 711 Behavioral Health 24/7 Servicios para salud mental 24/7 1.877.343.3108 TTY 711</p> <p>In case of emergency, call 9-11 or go to the closest emergency room. After treatment, call your Primary Care Provider within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 9-11 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al Proveedor de Cuidado Primario dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.</p> <p>Provider Services</p> <p>Eligibility, authorizations, benefits and claims: Provider: CommunityHealthChoice.org 713.295.2300 TTY 711 Send claims to: Community Health Choice, P.O. Box 301404, Houston, TX 77230 Electronic claims: Payer ID 48145 Pharmacy: Navitus Health Solutions 1.877.908.6023 TTY 711 BIN: 610602 PCN: MCD RXGroup: CHC</p>	

AFILIADOS CON CEDICAID (STAR+PLUS) Y MEDICARE - TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADO

  	
Name	Rx BIN:
Member ID	Rx GRP:
DOB	Rx PCN:
<p>LONG TERM CARE BENEFITS ONLY: You receive primary, acute and behavioral health services through Medicare. You receive only long term care services through Community Health Choice.</p>	
<p>i For more information about your plan, log in to your Member Account at / Para más información sobre su plan, ingrese a su cuenta de Miembro en CommunityHealthChoice.org.</p>	
<p>Helpful numbers Números útiles</p> <p>Member Services 24/7 Servicios para Miembros 24/7 1.888.435.2850 TTY 711 (toll-free gratis) Talk to a nurse 24/7 Habla con una enfermera 24/7 1.800.206.9052 TTY 711</p> <p>Service Coordination 24/7 Coordinación de Servicio 24/7 1.888.435.5150 TTY 711, 713.295.5004 TTY 711 Behavioral Health 24/7 Servicios para salud mental 24/7 1.877.343.3108 TTY 711</p> <p>In case of emergency, call 9-11 or go to the closest emergency room. After treatment, call your Primary Care Provider within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 9-11 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al Proveedor de Cuidado Primario dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.</p> <p>Provider Services</p> <p>Eligibility, authorizations, benefits and claims: Provider: CommunityHealthChoice.org 713.295.2300 TTY 711 Send claims to: Community Health Choice, P.O. Box 301404, Houston, TX 77230 Electronic claims: Payer ID 48145 Pharmacy: Navitus Health Solutions 1.877.908.6023 TTY 711 BIN: 610602 PCN: NVTD RXGroup: CHCD002</p>	

Si tiene Medicare y Medicaid, su tarjeta de identificación de afiliado de Community Health Choice no mostrará el nombre ni el número de teléfono del médico. Su tarjeta de identificación será como la del ejemplo anterior.

Es importante que usted:

- Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado y su número de Medicaid cuando llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711.
- Lleve su tarjeta de identificación de afiliado y Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas a todas las citas.
- No deje que otras personas usen su tarjeta de identificación de afiliado.

Cómo sustituir su tarjeta de identificación de afiliado

Imprima una tarjeta de identificación temporal a través de su cuenta Mi Miembro en www.CommunityHealthChoice.org > Member Login. El Servicio de Atención al Afiliado le enviará por correo una permanente. O llame gratis al 1.888.435.2850 TTY 711.

Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas (YTB)

Cuando le aprueben Medicaid, recibirá una tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta Medicaid de todos los días. Debería llevarla con usted y protegerla como a su licencia de conductor o una tarjeta de crédito. Su médico puede usar la tarjeta para averiguar si tiene beneficios de Medicaid cuando usted acude a la consulta.

Solo se le expedirá una tarjeta, y recibirá una nueva únicamente en caso de pérdida o robo. Si pierde o le roban su tarjeta de Medicaid, puede obtener una nueva llamando al número gratuito 1.800.252.8263, o bien puede solicitar o imprimir una tarjeta provisoria en www.YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de estar cubierto por Medicaid, puede averiguarlo llamando gratuitamente al 1.800.252.8263. También puede llamar al 2-1-1. Primero escoja un idioma y luego la opción 2.

Su información de salud es una lista de los servicios médicos y medicamentos que ha recibido a través de Medicaid. Lo compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesita. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame al número gratuito 1.800.252.8263 u opte por no compartir su información de salud en www.YourTexasBenefits.com.

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

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- La fecha de envío de la tarjeta.
- El nombre del programa en el que está si tiene:
 - Medicare (QMB, MQMB) - STAR Health
 - Programa Mujeres Sanas de Texas (HTW) - Emergency Medicaid o
 - Hospice - Presumptive Eligibility (PE) para embarazadas.
- Datos que necesita su farmacia para facturar a Medicaid.
- El nombre de su médico y farmacia si está en el programa Medicaid Lock-in.

El reverso de la tarjeta Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas tiene un sitio web que usted puede visitar (www.YourTexasBenefits.com) y un teléfono al que puede llamar sin costo (1.800.252.8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

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

El portal para clientes de Medicaid YourTexasBenefits.com

El Portal del Cliente de Medicaid le permite hacer todo lo siguiente para cualquier persona que forme parte de su caso:

- Ve a, imprima y solicite una tarjeta Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas
- Consultar sus planes médicos y dentales
- Consultar la información sobre sus beneficios
- Ver alertas de Pasos Sanos de Texas
- Ver alertas de difusión
- Ver diagnósticos y tratamientos
- Ver vacunas
- Ver medicamentos con receta
- Elija si desea que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible

Para acceder al portal, vaya a www.YourTexasBenefits.com.

- Haz clic en Log In.
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en Crear una cuenta.
- Haz clic en Maneje.
- Vaya a la sección "Enlaces rápidos".
- Haga clic en Medicaid y Servicios CHIP.
- Haga clic en Ver servicios e información de salud disponible.

NOTA: El portal para clientes de Medicaid YourTexasBenefits.com muestra información solo para clientes activos. Los representantes legalmente autorizados pueden ver a cualquier persona que forme parte de su caso.

- Información sobre el formulario de verificación temporal - Formulario 1027-A (cómo utilizarlo).
 - Emergency Medicaid o
 - Presumptive Eligibility (PE) para embarazadas.

Formulario 1027-A de verificación de identificación temporal de Medicaid

Si pierde la tarjeta Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas, llame gratis a la oficina local de elegibilidad de la HHSC al 1.800.964.2777. Le darán un Formulario 1027-A de verificación de identificación temporal de Medicaid. Utilizará el formulario 1027-A como prueba de su elegibilidad a Medicaid. El formulario tendrá una fecha de caducidad. Este es el último día en que puede utilizarse este formulario. También se enumerarán todos los miembros de la familia que formen parte de su caso de Medicaid. Debe llevar consigo el formulario 1027-A cuando reciba cualquier servicio de atención médica. Utilícela como su tarjeta de Your Texas Benefits y preséntela a su Proveedor.

¿Qué aspecto tiene la tarjeta Medicaid?

La tarjeta es de plástico, como una tarjeta de crédito, y lleva su nombre y su número de identificación de Medicaid en frente de la tarjeta.

Frente de la tarjeta:

Aquí es donde aparece su nombre.

Es su número de identificación de Medicaid.

Este es el número de identificación de la agencia HHSC. Los médicos y otros proveedores necesitan este número.

Es la fecha en la que se le envió la tarjeta.

Your Texas Benefits
Health and Human Services Commission

Member name:
Member ID:
Issuer ID: Date card sent:
Note to Provider:
Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card?
Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.

Reverso de la tarjeta:

Este mensaje es para usted.

Esto le recuerda a su médico que debe asegurarse de que sigue en el programa Medicaid antes de prestarle servicios.

Estos mensajes ayudan a los médicos y proveedores a cobrar por los servicios de Medicaid que le prestan.

Need help? ¿Necesita ayuda? 1-800-252-8263

Members: Keep this card with you. This is your medical ID card. Show this card to your doctor when you get services. To learn more, go to www.YourTexasBenefits.com or call 1-800-252-8263.
Miembros: Lleve esta tarjeta con usted. Muestre esta tarjeta a su doctor al recibir servicios. Para más información, vaya a www.YourTexasBenefits.com o llame al 1-800-252-8263.

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.
Providers: To verify eligibility, call 1-855-827-3747. Non-pharmacy providers can also verify eligibility at www.YourTexasBenefitsCard.com. Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.

Non-managed care Rx billing: RxBIN: 810084 / RxPCN: DRTXPROD / RxGRP: MEDICAID
TX-CA-1213

Proveedores de atención primaria

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Su proveedor de atención primaria es una parte importante de su equipo de atención médica. Su proveedor de atención primaria se asegurará de que usted reciba la atención que necesita, como revisiones periódicas y tratamiento cuando esté enfermo. Su proveedor de atención primaria le hará un seguimiento cuando le atiendan otros médicos. Su proveedor de atención primaria debe ser el "hogar médico" de todos sus registros médicos. Su proveedor de atención primaria debe saberlo todo sobre sus necesidades de atención médica pasadas y presentes. Asegúrese de que su proveedor de atención primaria dispone de todos sus registros médicos. Si es usted un paciente nuevo, ayude a su proveedor de atención primaria a obtener sus registros médicos de su médico anterior. Es posible que tenga que firmar un formulario autorizando el envío de sus registros médicos a su nuevo proveedor de atención primaria.

Puede elegir cualquier proveedor de atención primaria de la red de Community Health Choice. Debe elegir un proveedor de atención primaria con un consultorio y un horario que le resulten cómodos. Si le gusta el proveedor de atención primaria que ve ahora, puede seguir viéndolo si aparece en nuestro directorio.

Una vez que haya elegido a su proveedor de atención primaria, llame al número gratuito de Servicios de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711 y le asignaremos el proveedor de atención primaria que haya elegido.

Para consultar el directorio actual, visite www.CommunityHealthChoice.org > Buscar un médico > Medicaid/STAR+PLUS > Buscar un proveedor > Introduzca sus datos > Buscar. Puede encontrar un médico por especialidad del proveedor, por nombre del proveedor o por condado del proveedor.

Es importante que usted conozca a su proveedor de atención primaria y que éste lo conozca a usted. No es bueno esperar a estar enfermo para elegir y conocer a su proveedor de atención primaria

Como nuevo afiliado, debe hacerse su primer chequeo en un plazo de 90 días naturales después de afiliarse a Community Health Choice.

Podemos ayudarle a programar su primera revisión y a conseguir transporte al consultorio de su proveedor. Llame gratis a Access2Care al 1.844.572.8194 o programe su cita a través de la aplicación para miembros Access2Care (A2C). Descargue la aplicación de su app store.

¿Me asignarán un proveedor de atención primaria si tengo Medicare?

A los afiliados de STAR+PLUS cubiertos por Medicare no se les asignará un proveedor de atención primaria.

¿Cómo puedo ver a mi proveedor de atención primaria si no acude a mi centro de cuidados especializados?

Si necesita salir del centro de cuidados especializados para ir al médico, el centro le proporcionará transporte.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

Puede cambiar de proveedor de atención primaria:

- Llamando gratis al 1.888.435.2850 TTY 711
- Creando una cuenta My Member y modificándolo en línea en www.CommunityHealthChoice.org
- Escribanos a:

Community Health Choice Texas, Inc.
Attention: Member Services
4888 Loop Central Drive, Suite 600,
Houston, TX. 77081

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

Cuando nos llame para cambiar de proveedor de atención primaria, realizaremos el cambio en nuestro sistema informático mientras usted está al teléfono. La fecha de entrada en vigencia del cambio será el primer día del mes siguiente. También le enviaremos de inmediato una nueva tarjeta de identificación de afiliado.

¿Qué es el programa Medicaid Lock-in?

Si no cumple las normas de Medicaid, es posible que se le coloque en el Programa Lock-in. Este programa verifica cómo utiliza sus servicios de farmacia de Medicaid. No habrá cambios en sus beneficios de Medicaid. El cambio a otro Community Health Choice no modificará el estado de Lock-In.

Para evitar que lo incluyan en el programa de 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 más información, llame a Community Health Choice.

Información sobre el plan de incentivos para médicos

Community Health Choice recompensa a los médicos por los tratamientos que resultan rentables para las personas cubiertas por Medicaid. Usted tiene el derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico de cabecera) es parte de este programa de incentivos a los médicos. Además tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al 1.888.435.2850 TTY 711 para obtener más información.

Cambiar planes de atención médica

¿Qué hago si deseo cambiar de plan de salud?

Puede cambiar de plan de salud llamando al teléfono de ayuda del programa STAR+PLUS, al 1.800.964.2777. Puede cambiar de plan de atención médica con la frecuencia que quiera, pero no más de una vez al mes.

Si está en el hospital, en un centro residencial de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) o en un centro residencial de desintoxicación por SUD, no podrá cambiar de plan de salud hasta que le den el alta.

Si llama para cambiar de plan de atención médica el día 15 del mes o antes, el cambio tendrá lugar el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá lugar el primer día del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

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

¿A quién llamo?

Llame a la línea de ayuda del programa STAR o STAR+PLUS de Texas al 1.800.964.2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de atención médica?

Puede cambiar de plan de atención médica con la frecuencia que quiera.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan de atención médica?

Si llama para cambiar de plan de atención médica el día 15 del mes o antes, el cambio tendrá lugar el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá lugar el primer día del segundo mes siguiente.

Por ejemplo:

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

¿Puede Community Health Choice pedir que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Sí. Community Health Choice puede solicitar su baja si usted:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio
- Ingresa en un hospicio o centro de cuidados de larga duración
- No es elegible para Medicaid
- Se inscribe en otro plan

También podríamos solicitar a la HHSC que ponga fin a su afiliación después de comunicárselo si usted:

- Falta a tres citas seguidas en seis meses y no llama para cancelarlas;
- No sigue las políticas y procedimientos de Community Health Choice;
- Permite que se haga un uso indebido de su tarjeta de identificación de afiliado; o
- Es disruptivo, abusivo o no coopera con el personal de Community Health Choice, médicos u otros proveedores.

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Community Health Choice es uno de los planes STAR+PLUS de Texas y presta servicios que son beneficios cubiertos por el programa Medicaid. Algunos de los beneficios cubiertos son:

1. Servicios de ambulancia urgentes y no urgentes;
2. Servicios de audiología, incluyendo audífonos, para adultos y niños;
3. Servicios de salud conductual, incluyendo: a. Servicios de salud mental en régimen de hospitalización para adultos y niños. Los servicios de hospitalización psiquiátrica prestados en un hospital psiquiátrico independiente a los afiliados menores de 21 años o mayores de 65 no están sujetos a un límite de días para los servicios; b. MHR y TCM de salud mental para personas que no estén inscritas conjuntamente en los servicios ambulatorios de salud mental de Medicare y Medicaid para adultos y niños; c. Servicios de psiquiatría; d. Servicios de asesoramiento para adultos (mayores de 21 años); e. Servicios de tratamiento de SUD, incluyendo: i. Servicios ambulatorios, incluyendo: (1) Evaluación; (2) Servicios de gestión de la abstinencia; (3) Asesoramiento (individual y de grupo); y (4) MAT; ii. Servicios residenciales, que pueden prestarse en un CDTF en lugar de un entorno hospitalario de cuidados agudos, incluyendo: (1) Gestión residencial de la abstinencia; y (2) Tratamiento residencial (incluyendo alojamiento y comida)
4. Atención prenatal provista por un médico, enfermeras parteras certificadas (CNM), enfermeros especialistas (NP), especialistas en Enfermería Clínica (CNS), y un auxiliar médico (PA) en un centro de maternidad habilitado;
5. Servicios para el parto provistos por un médico y CNM en un centro de maternidad habilitado;
6. Servicios para el parto provistos en un centro de maternidad habilitado;
7. Servicio de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer;
8. Servicios quiroprácticos;
9. Servicios de CFC, incluyendo:
 - a. PAS;
 - b. Habilitación;
 - c. Servicios de respuesta a emergencias; y
 - d. Consulta de apoyo;
10. Servicios de Actividades Diurnas y Salud (DAHS);
11. Diálisis;
12. Equipos médicos duraderos y suministros;
13. Servicios de emergencia;
14. Servicios de planificación familiar
15. Servicios de atención médica a domicilio prestados de conformidad con 42 C.F.R. § 440.70, y según las indicaciones de la HHSC;
16. Servicios hospitalarios, para pacientes internados y ambulatorios;
17. Laboratorio;
18. Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:
 - a. Servicios ambulatorios prestados en un hospital ambulatorio y en un centro de atención ambulatorio, según proceda desde el punto de vista clínico; y servicios médicos y profesionales prestados en un consultorio, en régimen de hospitalización o en régimen ambulatorio para:
 - i. Todas las fases de reconstrucción de la(s) mama(s) en la(s) que se haya(n) practicado la(s) mastectomía(s) médicamente necesaria(s);
 - ii. Cirugía y reconstrucción en la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;
 - iii. Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de los linfedemas; iv. Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mama; y v. Prótesis mamaria externa para la(s) mama(s) en la(s) que se haya(n) realizado la(s) intervención(es) de mastectomía médicamente necesaria(s);
19. Revisiones médicas y servicios de CCP para afiliados menores de 21 años a través del programa THSteps;
20. Servicios NEMT, incluyendo: a. Servicios de transporte de respuesta a demanda, incluidos los viajes preestablecidos NMT, los viajes compartidos y los servicios de transporte público; b. Transporte público; c. Reembolso de millas para participante de transporte individual (ITP); d. Comidas; e. Alojamiento; f. Fondos anticipados; y g. Servicios de transporte aéreo comercial, incluyendo los viajes fuera del estado;

21. Servicios de un centro de enfermería (NF);
22. Evaluación bucodental y barniz de flúor en el centro médico junto con el chequeo médico THSteps para los afiliados menores de 21 años;
23. Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluidos los medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por la farmacia y administrados por el proveedor, y los medicamentos y productos biológicos suministrados en régimen de hospitalización;
24. PCS para afiliados menores de 21 años;
25. Podología;
26. Atención prenatal.
27. Servicios de un PPECC para afiliados menores de 21 años;
28. Servicios preventivos, incluyendo un chequeo anual para adultos mayores de 21 años;
29. Servicios de atención primaria;
30. Servicios de enfermería privada (PDN) para afiliados menores de 21 años;
31. Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías;
32. Servicios de médicos especialistas;
33. Terapias especializadas: física, ocupacional y del habla;
34. Trasplante de órganos y tejidos;
35. Servicios oftalmológicos, incluyendo optometría y anteojos. (Las lentes de contacto solo están cubiertas si son médicamente necesarias para la corrección de la visión que no puede lograrse con anteojos);
36. Telemedicina;
37. Telemonitorización, en la medida cubierta por Tex. Código del Gobierno, artículo 531.0216; y
38. Telesalud.

Los afiliados adultos reciben tres beneficios mejorados en comparación con la cobertura FFS:

1. Exención del límite de tres recetas al mes, para los afiliados no cubiertos por Medicare;
2. Exención del límite anual individual de \$200,000 para servicios de hospitalización; y
3. La limitación de 30 días de duración de la enfermedad para los servicios de hospitalización descritos en el plan estatal no se aplica a los afiliados a STAR+PLUS con SPMI.
4. STAR+PLUS HCB PAS
5. Servicios de enfermería (a domicilio);
6. Servicios de respuesta a emergencias (botón de llamada de emergencia);
7. Comidas a domicilio;
8. Servicios dentales;
9. Atención de relevo, tanto a domicilio como fuera de él;
10. Modificaciones menores del hogar;
11. Ayudas de adaptación y suministros médicos;
12. Terapias especializadas;
13. Cuidados de acogida para adultos;
14. Vida asistida;
15. Servicios de asistencia para la transición (TAS);
16. Terapia de rehabilitación cognitiva;

17. FMS;

18. Consulta de apoyo;

19. Asistencia al empleo;

a. Los afiliados que reciben servicios similares a través de un programa financiado por la Ley de Rehabilitación de 1973 o la Ley de Educación para Personas con Discapacidades no pueden recibir Asistencia al Empleo a través de STAR+PLUS HCBS.

20. Empleo con apoyo;

¿Cómo obtengo estos servicios?

Consulte la página www.CommunityHealthChoice.org > Encuentre un médico para encontrar un proveedor en su zona que le ofrezca estos servicios.

¿Hay alguna limitación para algún servicio cubierto?

Proporcionamos servicios médicamente necesarios que están cubiertos por el Programa Medicaid. Si el Programa Medicaid no cubre el servicio, entonces nosotros no cubrimos el servicio.

¿Qué son los servicios y ayudas a largo plazo?

Los Servicios de cuidados y apoyo a largo plazo son beneficios que lo ayudan a mantenerse seguro e independiente en su domicilio o comunidad. Puede recibir servicios de cuidados a largo plazo si necesita ayuda con las necesidades de atención médica y vitales cotidianas. Algunos de estos servicios son ayudarle a vestirse, bañarse o ir al baño, preparar comidas, realizar tareas domésticas ligeras o ayudarle a hacer las compras.

Community First Choice (CFC)

¿Qué es Community First Choice (CFC)? ¿Quién es elegible para los servicios de CFC?

Los beneficios de Community First Choice proporcionan ayudas y servicios a domicilio y en la comunidad a determinados miembros de Medicaid con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) y/o discapacidades físicas. Los afiliados que necesitan un nivel de atención institucional (ejemplo: hospital, centro de cuidados especializados, centro de atención intermedia, etc.) y que necesitan ayuda o desean ser más independientes pueden ser elegibles para los Servicios de CFC. Los afiliados que viven en un hogar comunitario pueden recibir estos servicios. Llame al Servicio de Atención al Afiliado para obtener más información.

¿Qué servicios ofrece CFC?

CFC presta servicios como:

- Servicios de asistencia personal (PAS): ayuda con las actividades de la vida diaria y las tareas relacionadas con la salud
- Servicios de habilitación: servicios para ayudar a los afiliados a aprender nuevas habilidades y a cuidar de sí mismos
- Servicios de respuesta a emergencias: ayuda si los miembros viven solos o están solos la mayor parte del día
- Gestión del apoyo: capacitación sobre cómo seleccionar, gestionar y despedir a los asistentes

Si cree que necesita los servicios de CFC, su coordinador de servicios podrá ayudarle a programar una evaluación. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de CFC o sobre los requisitos para recibirlos, llame a su coordinador de servicios o al Servicio de Atención al Afiliado.

¿Cuáles son mis beneficios de LTSS en un centro de cuidados especializados?

Los Servicios de cuidados y apoyo a largo plazo son beneficios que lo ayudan a mantenerse seguro e independiente en su domicilio o comunidad. Puede recibir servicios de cuidados a largo plazo si necesita ayuda con las necesidades de atención médica y vitales cotidianas. Algunos de estos servicios son ayudarle a vestirse, bañarse o ir al baño, preparar comidas, realizar tareas domésticas ligeras o ayudarle a hacer las compras.

¿Otros beneficios de STAR+PLUS, cuidados y apoyos a largo plazo (LTSS)?

Algunos miembros de STAR+PLUS pueden obtener otros servicios de cuidados a largo plazo que se basan en su necesidad médica. Se denominan servicios de exención STAR+PLUS (es posible que haya oído hablar de estos servicios denominados CBA):

- Ayudas de adaptación como: sillas de ruedas, andadores, bastones y equipos médicos duraderos
- Cuidados de acogida para adultos
- Servicios de vida asistida
- Servicios dirigidos al consumidor
- Servicios de respuesta a emergencias
- Comidas a domicilio
- Modificaciones menores del hogar
- Servicios de un centro de cuidados especializados
- Asistente de cuidados personales
- Servicios de cuidados de relevo
- Servicios de terapia (física, ocupacional, del habla)
- Supervisión de protección
- Servicios de asistencia para la transición
- Servicios dentales
- Terapia de rehabilitación cognitiva

¿Cómo cambiarían mis beneficios si me trasladara a la comunidad?

Sus beneficios STAR+PLUS no cambiarán si se muda a la comunidad. Para más información, llame al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.

¿Cuáles son mis beneficios de cuidados agudos?

Los beneficios de cuidados agudos incluyen servicios como visitas al médico, radiografías, análisis y otros beneficios médicos. Si desea más información sobre los beneficios de cuidados intensivos, llame a su Coordinador de Servicios o al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711. Recuerde que si tiene Medicare y Medicaid sus beneficios de cuidados agudos están cubiertos por Medicare.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Consulte en Internet www.CommunityHealthChoice.org > Encuentre un médico para encontrar un proveedor en su zona que le preste estos servicios.

¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?

Llame a su coordinador de servicios o al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711.

¿Qué servicios puedo seguir recibiendo a través del Medicaid ordinario pero no están cubiertos por Community Health Choice)?

- Control previo a la admisión y revisión de residentes (Preadmission Screening and Resident Review, PASRR): PASRR es un requisito federal para ayudar a determinar si un individuo no es inadecuadamente colocado en un centro de cuidados especializados a largo plazo.
- - Hospice

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Solo no dobles

Los medicamentos recetados están cubiertos cuando:

- El medicamento está en el Formulario de Medicamentos para Proveedores de Texas
- La receta se surte en una farmacia de la red
- Los solicita su proveedor de atención médica u otro médico que lo trate a usted o a su hijo.

Puede buscar la Guía para acceder a una asistencia sanitaria de calidad, que se encuentra en la sección Programa de mejora de la calidad de nuestra página web, CommunityHealthChoice.org, o llamar a Servicios para afiliados si desea obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos y el proceso de farmacia.

¿Qué ventajas adicionales obtengo como afiliado a Community Health Choice?

Los Servicios de Valor Añadido entran en vigencia a partir del 1 de septiembre de 2023 hasta el 31 de agosto de 2024. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711.

Línea directa de asesoramiento de 24 horas

Línea de ayuda de enfermería disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana. Las enfermeras ofrecen educación, seguimiento por iniciativa propia y derivaciones a la red.

Servicios dentales

Dos exámenes dentales rutinarios al año, hasta \$600 con limpieza dental, radiografías (una vez al año), extracciones no quirúrgicas y exámenes de emergencia (limitados) para afiliados de 21 años o más.

Servicios de oftalmológicos adicionales

Los afiliados pueden renunciar al beneficio de anteojos estándar y utilizar \$150 para la compra de anteojos o lentes de contacto no estándar, incluyendo la tarifa de adaptación de lentes de contacto, cada 24 meses.

Asistencia telefónica temporal

Los afiliados mayores de 21 años que cumplan los requisitos del programa federal Lifeline pueden obtener un teléfono móvil gratuito con llamadas y mensajes de texto y datos ilimitados a través del programa federal Lifeline.

Servicios de salud y bienestar

Acceso a recursos en línea, para conectar con recursos comunitarios gratuitos o de bajo costo. Manta gratuita para los nuevos afiliados. Reloj digital gratuito con letra grande para los nuevos afiliados. Par de calcetines antideslizantes gratis.

Juego y ejercicio saludables

Kit de ejercicios, que puede incluir una banda de resistencia, una pesa de mano y un podómetro para los afiliados.

Programas de obsequios

Tarjeta regalo de \$85 para los afiliados diabéticos que se hagan un análisis de sangre de HbA1c cada 6 meses. Tarjeta regalo de \$30 para los afiliados diabéticos que se sometan a un examen oftalmológico cada año. Tarjeta regalo de \$30 para los afiliados con esquizofrenia o trastorno bipolar que utilicen medicamentos antipsicóticos y se sometan a un examen de detección de diabetes. Tarjeta regalo de \$30 al año para las mujeres afiliadas que se sometan a una mamografía recomendada.

Recursos en línea sobre salud mental

Recursos de telesalud en línea y herramienta de acompañamiento en línea para salud mental.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Llame al Servicio de Atención al Afiliado al 713.295.2300 o al número gratuito 1.888.435.2850 TTY 711.

¿Qué clases de educación de salud ofrece Community Health Choice?

El objetivo de nuestro Programa de educación de salud es ayudar a nuestros afiliados a aprender a mantenerse sanos. Nuestro Programa de educación de salud ofrece ferias de salud y exámenes de bienestar.

Programa de gestión de casos complejos

El Programa de gestión de casos complejos de Community ayuda a coordinar la atención de los afiliados que padecen afecciones médicas complejas. Nuestros administradores de casos complejos ayudan a nuestros afiliados con la atención médica y otros servicios comunitarios según sea necesario. Estos servicios y el Programa de gestión de casos complejos son gratuitos para todos los afiliados y toda la información obtenida es confidencial. Nuestros administradores de casos complejos hablarán con usted y evaluarán sus necesidades sanitarias, así como sus determinantes sociales de la salud.

Las áreas de asistencia incluyen las siguientes:

- Educación sobre su afección médica
- Ayuda para obtener material o equipos médicos
- Desarrollar un plan con usted y su proveedor de atención médica para satisfacer sus necesidades médicas
- Ayuda para encontrar recursos comunitarios como transporte, vivienda, alimentos, guarderías y servicios de atención personal

Puede ponerse en contacto con un gestor de casos complejos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., llamando a Community Health Choice al 832.242.2273.

Programa de gestión de cuidados

Nuestro Programa de gestión de cuidados le ayuda a gestionar sus necesidades de atención médica. Nos centramos en el asma, la diabetes, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal terminal (IRT), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad de las arterias coronarias (EAC), la obesidad, el embarazo de alto riesgo y los pacientes con afecciones médicas complejas.

Nos pondremos en contacto con usted si:

- Cumple los criterios para cualquiera de los programas que ofrecemos en Community Health Choice
- Corre el riesgo de tener un bebé antes de tiempo, la ayudaremos a:
- Recibir asistencia tras el nacimiento del bebé
- Gestionar sus necesidades de atención médica
- Coordinar su asistencia

Llame a nuestro Departamento de Gestión de Cuidados al 832.CHC.CARE (832.242.2273) o al teléfono gratuito 1.888.297.4450. ¡Tome las riendas de su salud! Realice nuestra Evaluación de Riesgos para la Salud en línea para ver si tiene algún problema de salud potencial. Visite www.CommunityHealthChoice.org > Recursos para miembros. Lo revisaremos y nos pondremos en contacto con usted si vemos algún problema potencial. Comparta los resultados con su médico.

Asistencia médica y otros servicios

¿Qué significa necesario por motivos médicos?

Atención aguda y salud conductual

Necesario por motivos médicos significa:

- (1) Para los afiliados de 21 años o más, los servicios de salud no relacionados con la salud conductual que sean:
 - (a) razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o para proporcionar exámenes, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o limitaciones en la función, amenacen con causar o empeorar una discapacidad, causen enfermedad o dolencia a un afiliado, o pongan en peligro la vida;
 - (b) se presten en centros adecuados y en los niveles de atención apropiados para el tratamiento de las afecciones de salud del afiliado;
 - (c) en consonancia con las directrices y normas de la práctica de atención médica aprobadas por organizaciones sanitarias o agencias gubernamentales reconocidas profesionalmente;
 - (d) se prestan conforme a los diagnósticos de las enfermedades;
 - (e) no más intrusiva o restrictiva de lo necesario para proporcionar un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia;
 - (f) no son experimentales ni de investigación; y
 - (g) no tienen como finalidad principal la conveniencia del afiliado o del proveedor; y
- (2) Para los afiliados de 21 años o más, servicios de salud conductual que:
 - (a) sean razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia de sustancias químicas, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento derivado de dicho trastorno;
 - (b) sean conformes con las directrices clínicas y las normas de práctica profesionalmente aceptadas en la atención médica conductual;
 - (c) se presten en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el que puedan prestarse los servicios de forma segura;
 - (d) tienen el nivel o la cantidad más adecuados del servicio que pueden ser provistos de manera segura;
 - (e) no podría omitirse sin afectar negativamente a la salud mental y/o física del afiliado o a la calidad de la atención prestada;
 - (f) no sean experimentales o de investigación; y
 - (g) no tienen como finalidad principal la conveniencia del afiliado o del proveedor.

Community Health Choice determinará la necesidad médica solo para los servicios complementarios en centros de cuidados especializados y los servicios de atención aguda. Los servicios complementarios de los centros de cuidados especializados incluyen, entre otros, servicios odontológicos de urgencia, servicios de rehabilitación ordenados por un médico, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y dispositivos de audiocomunicación.

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina es cuando usted visita a su proveedor de atención primaria para asegurarse de que se encuentra en buen estado de salud. La atención médica de rutina incluye revisiones periódicas, tratamiento de enfermedades, vacunas y atención de seguimiento.

¿Cuánto tardarán en atenderme?

Debería poder ver a su proveedor de atención primaria en un plazo de dos semanas a partir de la llamada al Proveedor.

¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?

Community Health Choice no es responsable de pagar los servicios dentales de rutina prestados a los miembros de Medicaid.

No obstante, Community Health Choice se encarga de pagar el tratamiento y los dispositivos para las anomalías craneofaciales.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Asistencia médica de emergencia

La atención médica de emergencia se provee en casos de afecciones médicas de emergencia y de trastornos de la salud conductual 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:

1. un riesgo grave para la salud del paciente;
2. un deterioro grave a las funciones fisiológicas;
3. una disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo;
4. una desfiguración grave; o
5. en el caso de una mujer embarazada, peligro grave para la salud de la mujer o del feto.

Trastorno de salud conductual 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:

1. requiere una intervención o atención médica inmediata sin la cual el afiliado representaría un peligro inmediato para sí mismo o para los demás; o
2. 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 tardarán en atenderme?

El tiempo de espera en emergencias dependerá de sus necesidades médicas y lo determinará el centro de emergencia que lo atienda. Debe ser atendido inmediatamente por servicios de emergencia, médicos o de salud conductual.

¿Necesito una autorización previa?

No necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para los servicios de atención de emergencia.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

Community Health Choice cubre servicios dentales de emergencia limitados para los siguientes casos:

- Mandíbula dislocada.
- Daños traumáticos en los dientes y las estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos orales con origen en dientes o encías.
- Medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores.

Community Health Choice es responsable de los servicios dentales de emergencia prestados a los miembros de Medicaid en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos el hospital, el médico y los servicios médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos son, entre otros, los siguientes:

- alivio del dolor extremo en la cavidad bucal asociado a una infección o inflamación graves;
- reparación de daños por pérdida de un diente debido a un traumatismo (solo cuidados intensivos, sin restauración);
- reducción abierta o cerrada de fractura de maxilar o mandíbula;
- reparación de laceración en o alrededor de la cavidad oral;
- escisión de neoplasias, incluidas lesiones benignas, malignas y premalignas, tumores y quistes;

- incisión y drenaje de la celulitis;
- tratamiento de conducto. El pago está sujeto a la revisión de la necesidad dental y se requieren radiografías pre y postoperatorias;
- extracciones: diente único, permanente; diente único, primario; dientes supernumerarios; impactación de tejidos blandos; impactación ósea parcial; impactación ósea completa; extracción quirúrgica de diente erupcionado o punta radicular residual.

¿Qué es la posestabilización?

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

¿Qué pasa si me pongo enfermo cuando estoy fuera del centro o de viaje?

Si necesita atención médica cuando viaja, llámenos gratis al 1.888.435.2850 TTY 711 y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia mientras viaja, acuda a un hospital cercano y llámenos al teléfono gratuito 1.888.435.2850 TTY 711.

¿Qué hago si estoy fuera del estado?

Si tiene una emergencia mientras está fuera del estado, acuda a la sala de emergencias más cercana para que lo atiendan. Si enferma y necesita atención médica mientras está fuera del estado, llame a su proveedor de atención primaria. Su proveedor de atención primaria puede indicarle lo que debe hacer si no se encuentra bien.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos por Medicaid.

¿Qué hago si necesito ver a un especialista?

Su proveedor de atención primaria puede tratar la mayoría de los problemas. Es posible que su proveedor de atención primaria (PCP) quiera que consulte a un médico especial (especialista) para determinadas necesidades de atención médica. Aunque su PCP puede ocuparse de la mayoría de sus necesidades de atención médica, a veces querrá que acuda a un especialista para que lo atienda. Un especialista ha recibido formación y tiene más experiencia en la atención de determinadas enfermedades, dolencias y lesiones. Community Health Choice tiene muchos especialistas que trabajarán con usted y su PCP para atender sus necesidades.

¿Qué es una derivación?

La derivación se produce cuando su médico habla con usted sobre sus necesidades y le ayuda a planificar su visita a un especialista que pueda proporcionarle los mejores cuidados. Su médico es el único que puede derivarlo a un especialista. Si usted tiene una visita, o recibe servicios de un especialista sin la derivación de su PCP, o si el especialista no está en la red de proveedores de Community Health Choice, usted podría ser responsable de la factura. En algunos casos, un obstetra/ginecólogo también puede derivarlo a servicios relacionados.

¿Con qué rapidez puedo esperar que me atienda un especialista?

A veces, el especialista puede verlo enseguida. Dependiendo de la necesidad médica, pueden pasar hasta unas semanas desde que concierte la cita para ver al especialista.

¿Qué servicios no necesitan una derivación?

No se necesita una derivación para:

- Servicios de emergencia;
- Servicios de Salud Mental
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios dentales de rutina
- Obstetricia y ginecología (OB/GYN)

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Llame al Servicio de Atención al Afiliado si desea una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un Proveedor de la red o de un Proveedor fuera de la red si no hay disponible un Proveedor de la red. Puede pedir una segunda opinión si:

1. Ha recibido un diagnóstico o instrucciones de su proveedor que no le parecen correctos o completos.
2. Su proveedor dice que necesita cirugía.
3. Hizo lo que el médico le pidió pero no mejora. Cuando acuda a la consulta, dígame al médico que está allí para pedir una segunda opinión.

¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual, mental, alcohol o drogas?

Community Health Plan cubre los servicios médicamente necesarios de atención de salud conductual y abuso de sustancias. Si tiene un problema con las drogas o estás muy disgustado por algo, puede pedir ayuda. Puede llamar al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 para solicitar ayuda. No necesita una derivación para estos servicios. Habrá personas que podrán hablar con usted en inglés o español. Si necesita ayuda con otros idiomas, dígame. El Servicio de Atención al Afiliado lo pondrá en contacto con la Línea de idiomas y responderá a sus preguntas. Llame al TTY: 7-1-1 para sordos y personas con problemas de audición.

En caso de emergencia, siga las instrucciones de su centro de cuidados especializados. El personal del centro se pondrá en contacto con las autoridades competentes para coordinar el transporte y/o los servicios de emergencia.

¿Necesito una derivación?

No es necesario que acuda primero a su proveedor de atención primaria ni que éste haga una derivación. Algunos problemas de salud mental o de abuso de sustancias también pueden requerir atención urgente.

Si necesita ayuda con estos problemas o más información, llame a Community Health Choice. Llame gratis al 1.888.435.2850 TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Community Health Choice sigue la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones (MHPAEA). Revisamos para asegurarnos de que los requisitos de las prestaciones de salud mental son los mismos y no más restrictivos que los de los beneficios médicos.

¿Qué son los servicios de rehabilitación para la salud mental y administración de casos específica para la salud mental?

Los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental son un programa basado en la comunidad. Estos servicios se prestan a personas con trastornos mentales. Aprenderá nuevas habilidades. Estas nuevas habilidades se basan en sus puntos fuertes y capacidades. Estas nuevas habilidades le ayudarán durante una crisis. Su proveedor de salud mental evaluará su necesidad de estos servicios. Estos servicios pueden prestarse junto con otros servicios de salud mental. La Gestión de Casos Específicos de Salud Mental es un programa basado en la comunidad. Estos servicios se prestan a personas con trastornos mentales.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Puede obtener estos servicios especiales en la Autoridad Local de Salud Mental o en la Asociación de Salud Mental y Retraso Mental (MHMRA). Existen requisitos especiales para estos servicios.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico dice que usted necesita. Su médico le hará una receta y la enviará por teléfono, por fax o por medios electrónicos al centro de cuidados especializados para que la pida, la rellene, la dispense y se la administre.

¿Y si también tengo Medicare?

Medicare o su plan de salud de Medicare pagarán sus servicios antes que Community Health Choice. Community Health Choice puede cubrir algunos servicios que Medicare no cubre para los afiliados de STAR+PLUS. Los medicamentos de venta con receta están cubiertos a través del programa de medicamentos de venta con receta de Medicaid o de la Parte D de Medicare.

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

Tenemos muchas farmacias en nuestra red. Consulte nuestra página web en www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor > Products > Find a Pharmacy para obtener una lista completa. También puede llamar al Servicio de Atención al Afiliado al 713.295.2300 o al teléfono gratuito 1.888.435.2850 TTY 711 para solicitar ayuda. Si acude a una farmacia que no pertenece a nuestra red, no cubriremos su receta y tendrá que pagar el precio completo.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Si va a la farmacia, debe llevar:

- Su(s) receta(s) o frascos de medicamentos.
- Su tarjeta de identificación de Community Health Choice o su tarjeta de identificación del plan Medicare.
- Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas

¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?

Algunas farmacias de nuestra red realizan entregas a domicilio. Consulte nuestro sitio web en www.CommunityHealthChoice.org > Encontrar un médico > Buscar una farmacia para ver cuáles realizan entregas. También puede llamar gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711 para solicitar ayuda.

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

Community Health Choice trabajará con usted, el centro de cuidados especializados y la farmacia para asegurarse de que recibe los medicamentos que necesita. Si tiene problemas para conseguir sus medicamentos, llámenos al 1.888.435.2850 (711) o llame al TTY: 7-1-1 para sordos y personas con problemas de audición.

¿Qué hago si no puedo obtener la aprobación para el medicamento que mi médico ordenó?

Si no se puede comunicarse con su médico para que apruebe una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia de su medicación para tres días.

Llame a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?

Si pierde o le roban el medicamento, pida al centro de cuidados especializados que llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711 para recibir instrucciones sobre lo que debe hacer.

¿Cómo recibo servicios de planificación familiar?

¿Necesito una derivación para esto?

No necesita una derivación. Usted puede encontrar la ubicación de los proveedores de planificación familiar cerca de usted en línea en Healthy Texas Women: <https://www.healthytexaswomen.org/> o puede llamar gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 para obtener ayuda en la búsqueda de un proveedor de planificación familiar.

¿Cómo hallo un proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar la ubicación de los proveedores de planificación familiar más cercanos en <http://www.dshs.texas.gov/famplan>, o puede llamar a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 para que le ayuden a encontrar un proveedor de planificación familiar.

¿Qué es la coordinación de servicios?

Proceso de atención/servicios especializados que incluye, entre otros:

- Identificar las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del afiliado
- Abordar las necesidades específicas del afiliado que puedan mejorar los resultados y su salud/bienestar
- Asistir al afiliado para garantizar un acceso coordinado y oportuno a la gama de servicios y/o a los servicios cubiertos por Medicaid

- Colaborar con el centro de cuidados especializados para garantizar los mejores resultados posibles para la salud y la seguridad del afiliado
- Coordinar la prestación de servicios a los afiliados que se reincorporan a la comunidad

¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?

La coordinación de servicios es un servicio que Community Health Choice le ofrece para ayudarle con su salud y bienestar. Un coordinador de servicios revisará, planificará y le ayudará a satisfacer sus necesidades de atención médica. Su Coordinador de Servicios puede ayudarle a:

- Organizar la atención con su proveedor de atención primaria
- Resolver cualquier problema médico, de salud conductual o de servicios y ayudas a largo plazo
- Resolver cualquier problema con su atención médica o sus proveedores
- Encontrar maneras de que viva en casa o en otros entornos comunitarios
- Explicarle las opciones de servicio y colocación
- Animarle a participar en su cuidado

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Para ponerse en contacto con su Coordinador de Servicios, llame al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850. Llame al TTY: 7-1-1 para sordos y personas con problemas de audición.

¿Qué servicios de transporte ofrece Community Health Choice?

SERVICIOS DE TRANSPORTE PARA RESIDENTES DE CENTROS DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS de Community Health Choice

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

El centro de cuidados especializados es responsable de proporcionar servicios de transporte rutinarios que no sean de emergencia. Si es médicamente necesario, Community Health Choice proporciona transporte en ambulancia que no sea de emergencia para los afiliados que requieran este servicio.

¿Cómo puedo obtener este servicio?

Para obtener transporte en ambulancia que no sea de emergencia, su proveedor debe ponerse en contacto con Community Health Choice para solicitar autorización para estos servicios.

¿Qué servicios se ofrecen?

Para obtener transporte en ambulancia que no sea de emergencia, su proveedor debe ponerse en contacto con Community Health Choice para solicitar autorización para estos servicios.

¿A quién llamo para que me lleve a una cita médica?

Llame gratis a Access2Care al 1.844.572.8194 o programe su cita a través de la aplicación para miembros Access2Care (A2C). Descargue la aplicación de su app store.

Debe solicitar los servicios Access2Care lo antes posible y, como mínimo, dos días hábiles antes de necesitarlo. En determinadas circunstancias, puede solicitar el servicio Access2Care con menos antelación. Estas circunstancias incluyen ser recogido tras recibir el alta hospitalaria; viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y viajes por afecciones urgentes. Una enfermedad urgente es una enfermedad que no es una emergencia pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas.

Debe notificar a Access2Care antes del viaje aprobado y programado si se cancela su cita médica.

¿Cómo puedo obtener los servicios de oftalmológicos?

Llame al proveedor de servicios oftalmológicos que aparece en la página 3, "Números de teléfono importantes".

¿Puede interpretar alguien para mí cuando hablo con mi médico?

Sí.

¿A quién llamo para conseguir un intérprete?

Llame gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 para concertar una cita con un intérprete.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Debe llamar al menos tres días laborables antes de su cita.

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

Llame gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 para concertar una cita con un intérprete.

¿Qué hago si necesito ver a un obstetra/ginecólogo?

Community Health Choice le permite elegir a cualquier ginecólogo/obstetra, tanto si pertenece a la misma red que su proveedor de atención primaria como si no.

¿Tengo derecho a escoger un ginecólogo/obstetra?

Usted tiene el derecho a escoger un ginecólogo/obstetra sin una derivación de su proveedor de atención primaria. Un ginecólogo/obstetra puede proveerle:

- Un control de rutina cada año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención de cualquier afección médica femenina
- Derivación a un médico especial de la red

¿Cómo escojo un ginecólogo/obstetra?

Puede obtener servicios de obstetricia y ginecología de su médico. También puede elegir a un especialista en obstetricia y ginecología para que se ocupe de sus necesidades de salud femenina. Un ginecólogo/obstetra puede ayudarle con el cuidado del embarazo, las revisiones anuales o si tienes problemas femeninos. Si necesita ayuda para encontrar un obstetra/ginecólogo de la red de Community Health Choice o desea solicitar un Directorio de proveedores de Community Health Choice, puede llamar al 1.888.435.2850. Llame al TTY: 7-1-1 para sordos y personas con problemas de audición.

¿Qué pasa si no escojo un ginecólogo/obstetra? ¿Tengo acceso directo a uno?

Sí, tiene acceso directo. No obstante, la animamos a que elija un ginecólogo/obstetra para que tenga un médico que la trate durante todo el embarazo y conozca sus necesidades de salud.

¿Necesitaré una derivación?

No.

¿Con qué rapidez puede verme mi obstetra/ginecólogo después de comunicarme para obtener una cita? (Los requisitos de acceso para la atención perinatal son de 2 semanas a partir de la solicitud).

Su ginecólogo/obstetra está obligado a verla en un plazo de 14 días a partir de su solicitud. La atención prenatal debe prestarse en un plazo de 14 días a partir de la solicitud, salvo en el caso de embarazos de alto riesgo o de nuevos afiliados en el tercer trimestre, para los que debe ofrecerse una cita en un plazo de cinco días o inmediatamente si existe una emergencia.

¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si no pertenece a Community Health Choice?

Sí, si cumplió los requisitos para recibir Medicaid en los últimos tres meses de embarazo, puede acudir a su ginecólogo/obstetra actual. Si su ginecólogo/obstetra no forma parte de nuestra red, comuníquenoslo para que podamos intentar trabajar con el proveedor y asegurarnos de que pueda seguir atendiéndose con él. Solo puede consultar a médicos y parteras que sean proveedores de Texas Medicaid.

¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo/a para tomar una decisión sobre mi atención médica?

Si no ha designado a un sustituto, su médico pedirá a su pariente o amigo más cercano que le ayude a decidir qué es lo mejor para usted. Como es posible que no todas esas personas estén de acuerdo con lo que hay que hacer con sus cuidados, es útil que diga de antemano lo que quiere que ocurra si no puede hablar por usted mismo.

¿Qué son las directivas anticipadas?

Las directivas anticipadas son documentos legales que le permiten decir si acepta o rechaza un tratamiento médico en caso de que esté demasiado enfermo para hablar por sí mismo. Estos documentos pueden ayudar a tu familia a decidir qué hacer por usted para aliviarles el estrés de tomar la decisión por usted. También ayuda al médico a atenderlo según sus deseos.

¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Pida a su médico el formulario o formularios de directivas anticipadas. Llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711 si necesita más información.

¿Qué pasa si pierdo mi cobertura de Medicaid?

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

¿Qué pasa si recibo una factura del centro de cuidados especializados?

No debería recibir una factura por beneficios cubiertos por Medicaid.

¿A quién llamo?

Si recibe una factura, llame al centro de cuidados especializados y dígales que usted es miembro de Community Health Choice Medicaid y que no es responsable de la factura.

¿Qué información me pedirán?

Necesitarán la información que figura en su tarjeta de identificación de afiliado y la información de la factura. Si sigue teniendo problemas, llame gratis al Departamento de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711.

¿Qué son los Ingresos aplicados y cuáles son mis responsabilidades?

Se trata de los ingresos personales del afiliado que éste debe proporcionar al centro de enfermería como parte de su obligación de compartir los gastos como beneficiario de Medicaid.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Cada vez que el centro de cuidados especializados facture a Medicaid, el afiliado deberá entregar al centro los ingresos que haya aplicado. El monto se determina en base al total de los ingresos mensuales dividido por el número de días que el afiliado reside en el centro cada mes. El afiliado puede quedarse con \$60 para sus necesidades personales.

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

No se le pueden facturar los "gastos compartidos" de Medicare, que incluyen deducibles, coseguros y copagos que cubre Medicaid.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

En cuanto tenga su nueva dirección, comuníquese a la oficina local de beneficios de la HHSC y al Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice llamando al 1.888.435.2850 TTY 711. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva zona, debe llamar a Community Health Choice, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de Community Health Choice hasta que la HHSC cambie su dirección.

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

Medicaid y el seguro privado

Debe informar sobre cualquier seguro médico privado que tenga al personal de Medicaid. Debería llamar a la línea directa de recursos de terceros de Medicaid y actualizar 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.
- Puede llamar al teléfono gratuito 1.800.846.7307.

Si tiene otro seguro, quizás aún pueda ser elegible para obtener Medicaid. Cuando le informa al personal de Medicaid sobre su otro seguro médico, usted ayuda a garantizar que Medicaid solo pague lo que su otro seguro no cubre.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden denegarle servicios por tener un seguro médico privado, además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, deben también realizar las presentaciones pertinentes ante su compañía de seguro médico privado.

¿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:
 - a. Ser tratado con imparcialidad y respeto.
 - b. 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:
 - a. Recibir información sobre cómo escoger y cambiar su plan de atención médica y su proveedor de atención primaria.
 - b. 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.
 - c. Cambiar su proveedor de atención primaria.
 - d. Cambiar su plan de atención de salud sin sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar su plan de atención médica o su proveedor de atención primaria.
3. Tiene derecho a formular preguntas y recibir respuestas acerca de cualquier cosa que no comprenda. Eso incluye el derecho a:
 - 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.
 - b. Que le digan por qué se denegó y no se prestó atención o servicios.
 - c. Recibir información sobre su salud, plan, servicios y proveedores.
 - d. Que le informen de sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene derecho a aceptar o rehusar tratamiento y a participar activamente en las decisiones acerca del tratamiento. Eso incluye el derecho a:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál es la mejor atención médica para usted.
 - b. Decirle que sí o que no a la atención recomendada por su proveedor.
5. Usted tiene derecho a utilizar cada proceso de queja y apelación disponible a través de la organización de atención administrada y a través de Medicaid, y a obtener una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias estatales imparciales. Eso incluye el derecho a:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa de Medicaid del estado acerca de su atención médica, su proveedor o su plan de salud.

- b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el proceso de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Solicite una revisión médica externa y una audiencia estatal imparcial al programa estatal de Medicaid e infórmese sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Solicitar una audiencia estatal imparcial sin una revisión médica externa al programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceder de forma oportuna a atención que no presente ninguna barrera de acceso físico ni de comunicación. Eso incluye el derecho a:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir toda la atención urgente o de emergencia que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. 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.
 - d. 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.
 - e. Recibir información que pueda entender sobre las reglas de su plan de atención médica, que incluyen los servicios de atención médica que puede obtener y cómo obtenerlos.
 7. Tiene derecho a no ser retenido 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 derecho a saber que los médicos, hospitales y otras personas que lo atienden pueden darle información acerca de la situación de su salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que le entreguen esta información, incluso cuando la atención o el tratamiento no sea un servicio cubierto.
 9. Tiene derecho a saber que usted no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y demás entidades no pueden exigirle que abone copagos ni ningún otro importe por los servicios cubiertos.
 10. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los afiliados a su plan de salud.

RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS:

1. Debe conocer y entender cada uno de los derechos que tiene en el programa de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a. Conocer y entender sus derechos bajo el programa de Medicaid.
 - b. Formular preguntas si no entiende sus derechos.
 - c. Saber qué opciones de planes de salud se encuentran disponibles en su zona.
2. Debe respetar todas las políticas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a. Conocer y respetar todas las reglas del plan de salud y las reglas de Medicaid.
 - b. Escoger con prontitud su plan de atención médica y su proveedor de atención primaria.
 - c. 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.
 - d. Asistir a sus citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no puede asistir.
 - f. Siempre comunicarse primero con su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Asegurarse de contar con la autorización de su proveedor de atención primaria antes de acudir a un especialista.
 - h. 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:
 - a. Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y preguntar acerca de los distintos modos para tratar sus problemas médicos.
 - c. 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:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál es la mejor atención médica para usted.
 - b. Entender cómo lo que usted hace puede afectar su salud.
 - c. Dar lo mejor de sí para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Si cree que se le ha tratado injustamente o se lo ha discriminado, llame al número gratuito del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS): 1.800.368.1019. También puede consultar información relativa a la Oficina de Derechos Civiles del HHS en el sitio www.hhs.gov/ocr

Proceso de quejas

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

¿Qué debo hacer si tengo una queja sobre mi asistencia médica, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan de salud?

Queremos ayudarlo. Si tiene alguna queja, llámenos gratis al 1.888.435.2850 TTY 711 para contarnos su problema. Un Defensor de Servicios al Afiliado de Community Health Choice puede ayudarlo a presentar una queja. Llame al 1.888.435.2850 TTY 711. Por lo general podemos ayudar en el momento o como máximo en el plazo de unos días.

Una vez que haya pasado por el proceso de quejas de Community Health Choice, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al número gratuito 1.866.566.8989. Si desea realizar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Equipo de asistencia de atención administrada del Ombudsman
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Si puede conectarse a Internet, puede presentar su queja en: hhs.texas.gov/managed-care-help

¿A quién llamo?

Queremos ayudarlo. Si tiene alguna queja, llámenos gratis al 1.888.435.2850 para contarnos su problema. Un Defensor de Servicios al Afiliado de Community Health Choice puede ayudarlo a presentar una queja. Por lo general podemos ayudar en el momento o como máximo en el plazo de unos días.

Una vez que haya pasado por el proceso de quejas de Community Health Choice, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al número gratuito 1.866.566.8989. Si desea realizar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una queja?

Sí. Un Defensor de Servicios al Afiliado de Community Health Choice puede ayudarlo a presentar una queja. Llámenos gratis al 1.888.435.2850 TTY 711. Por lo general podemos ayudar en el momento o como máximo en el plazo de unos días.

También puede escribir una carta o pedir que completen un "Formulario de quejas". Debe devolvernos el formulario de quejas para que podamos resolverla rápidamente.

Envíe su queja a la dirección que figura a continuación:

Community Health Choice Texas, Inc.
Service Improvement
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Fax: 713.295.7036

¿Cuánto tardarán en procesar mi queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento. Le enviaremos una carta y un Formulario de quejas en un plazo de cinco días laborables a partir de la fecha en que recibamos su queja. Así sabrá que la hemos recibido. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que recibamos su queja. Respondemos a las quejas sobre atención de emergencia en un día laborable. Respondemos a las quejas sobre denegaciones de estancias hospitalarias continuadas en un día laborable.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

No hay plazo para presentar una queja. Community Health Choice le enviará una carta informándole de lo que hemos hecho en relación con su queja.

- Información sobre cómo presentar una queja ante la HHSC, una vez que haya pasado por el proceso de quejas de Community Health Choice.

Procedimiento de apelaciones

¿Qué puedo hacer si mi médico me pide un servicio o medicamento que está cubierto pero Community Health Choice lo deniega o lo limita?

Community Health Choice le enviará una carta si no se aprueba un servicio cubierto que usted solicitó o si se deniega el pago total o parcialmente. Si no está conforme con nuestra decisión, llame a Community Health Choice en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que reciba nuestra carta. Debe apelar en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de la carta, o antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida que figura en la carta, para asegurarse de que no se suspendan sus servicios. Puede apelar enviando una carta a Community Health Choice, enviando por correo el formulario de apelación incluido en la carta que recibió o llamando a Community Health Choice. Puede solicitar una prórroga de hasta 14 días para presentar su apelación. Community Health Choice puede tomar más tiempo en su apelación si es mejor para usted. Si esto ocurre, Community Health Choice le comunicará por escrito el motivo del retraso. Puede llamar al Servicio de Atención al Afiliado y obtener ayuda con su apelación. Cuando llame al Servicio de Atención al Afiliado, le ayudaremos a presentar una apelación. Entonces le enviaremos una carta y le pediremos a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme un formulario.

¿Cómo me enteraré de la denegación de servicios?

Community Health Choice le enviará una carta si se deniega, retrasa, limita o interrumpe un servicio cubierto solicitado por su proveedor de atención médica.

- Plazos para el proceso de Apelación - Community Health Choice debe completar todo el proceso de Apelación estándar dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud inicial de Apelación escrita u oral. Este plazo puede ampliarse hasta 14 días a petición de un afiliado; o Community Health Choice demuestra que hay una necesidad de más información y cómo el retraso es en el interés del afiliado. Si Community Health Choice necesita ampliar el plazo, el afiliado debe recibir una notificación por escrito del motivo del retraso.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Como afiliado, tiene derecho a solicitar una apelación si no está de acuerdo con la respuesta de Community Health Choice o si cree que cometimos un error al denegarle los servicios médicos solicitados. Puede solicitar una apelación o llamar a Servicios de Atención al Afiliado de Community Health Choice para que le ayuden a redactar su apelación y presentarla al Departamento de Apelaciones Médicas.

Llame a Servicios de Atención al Afiliado de Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 o envíe su apelación a:

Community Health Choice, Inc.
Attention: Medical Affairs-Medical Appeals Department
4888 Loop Central Drive, Suite. 600, Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850
Fax: 713.295.7033

Puede enviar por correo su apelación sobre salud conductual a la dirección que se indica a continuación:

Community Health Choice Texas, Inc. Attention: Medical Affairs-BH Appeals
P.O. Box 1411
Houston, TX 77230
713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850 o TTY 7-1-1
Fax: 713.576.0394/Attention: BH Appeals Coordinator

Puede solicitar una apelación por denegación total o parcial del pago de los servicios. Si solicita una apelación en un plazo de 10 días a partir del momento en que reciba la notificación de denegación del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado o reducido, al menos hasta que se tome la decisión final sobre la apelación. Si no solicita una apelación en el plazo de 10 días hábiles a partir del momento en que reciba el aviso de denegación, se interrumpirá el servicio denegado por el plan de salud.

- Incluir la notificación al afiliado de que, para garantizar la continuidad de los servicios actualmente autorizados, deberá presentar la apelación a más tardar el último de los siguientes plazos: 10 días después del envío por correo de la Community Health Choice de la notificación de la acción o de la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción propuesta.
- Las apelaciones deben aceptarse oralmente o por escrito.

¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Un Defensor de Servicios al Afiliado de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una Apelación por servicios médicos denegados.

Llámenos gratis al 1.888.435.2850 TTY 711. Por lo general podemos ayudar en el momento o como máximo en el plazo de unos días.

- Opción del afiliado de solicitar una revisión médica externa y una audiencia estatal imparcial a más tardar 120 días después de la fecha en que Community Health Choice envíe por correo el aviso de decisión de la apelación.
- Opción del afiliado de solicitar únicamente una audiencia estatal imparcial en un plazo máximo de 120 días a partir de la fecha en que Community Health Choice envíe por correo el aviso de decisión sobre la apelación.

Apelación acelerada de Community Health Choice

¿Qué es una apelación de emergencia?

Una apelación de emergencia se produce cuando el plan de salud tiene que tomar una decisión rápidamente en función de su estado de salud, y tomarse el tiempo necesario para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una apelación de emergencia?

Puede solicitar una apelación de emergencia a Community Health Choice oralmente o por escrito. Hágalo si cree que tomarse el tiempo necesario para la resolución de una apelación estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo de sus funciones.

¿Tengo que presentar mi pedido por escrito?

No.

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?

Si se ha determinado que su solicitud de apelación cumple los criterios para una revisión de emergencia, Community Health Choice debe completar una revisión de la solicitud de apelación de emergencia en un plazo de 72 horas a partir de la fecha y hora de recepción de toda la información que necesitamos para revisar la apelación. Community Health Choice le comunicará nuestra decisión por teléfono en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que hayamos recibido toda la información necesaria para revisar la apelación. Le enviaremos por correo nuestra decisión en un plazo de tres días hábiles después de tomar una decisión.

Recibirá una respuesta en el plazo de un día laborable si se determina que su solicitud de apelación cumple los criterios de emergencia y está relacionada con lo siguiente:

- Denegación de admisiones de emergencia y el afiliado está hospitalizado actualmente
- Afecciones que amenazan la vida

Denegaciones de prolongación de la estancia por la afección por la que el afiliado está hospitalizado actualmente.

¿Qué ocurre si Community Health Choice deniega la solicitud de una apelación de emergencia?

Si denegamos la solicitud de una apelación de emergencia, se lo notificaremos en un plazo de dos días naturales. A continuación, su solicitud pasará al proceso estándar de revisión de apelaciones médicas y le enviaremos por correo nuestra decisión en un plazo de 30 días naturales.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

Llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 TTY 711 para hablar con un Defensor del Afiliado que le ayudará con una apelación o una apelación de emergencia.

Audiencia estatal imparcial

¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?

Si usted, como afiliado del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial. Puede nombrar a alguien que le represente poniéndose en contacto para nombrar a la persona que desea que le represente. Un proveedor puede ser su representante. Si desea impugnar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia estatal imparcial en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión de apelación interna del plan de salud sobre la decisión que se impugna. Si no solicita la audiencia estatal imparcial dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una audiencia estatal imparcial. Para solicitar una audiencia estatal imparcial, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud, a la dirección 4888 Loop Central Drive, Suite. 600, Houston, TX 77081 o llame al 1.888.435.2850 TTY 711.

Tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado o reducido, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia estatal imparcial si solicita una audiencia estatal imparcial antes de la última de estas fechas: (1) 10 días naturales después de la fecha en que el plan de salud envió por correo la notificación de la Acción, o (2) el día en que la carta del plan de salud dice que su servicio se reducirá o terminará. Si no solicita una audiencia estatal imparcial antes de esa fecha, se suspenderá el servicio que le denegó el plan de salud. Si solicita una audiencia estatal imparcial, usted recibirá un paquete informativo que contendrá la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias estatales imparciales se realizan por teléfono. En la audiencia, usted o su representante pueden decir cuál es la razón por la cual usted necesita el servicio que el plan de salud le denegó.

HHSC le hará saber la decisión definitiva en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted solicitó la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial de emergencia?

Si cree que la espera de una audiencia estatal imparcial pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia estatal imparcial de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice.

Para calificar para una audiencia estatal imparcial de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso interno de apelaciones de Community Health Choice.

Revisión médica externa

¿Puedo solicitar una revisión médica externa?

Si usted, como afiliado del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna de Community Health Choice del plan de salud, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa con audiencia imparcial estatal. Una revisión médica externa es un paso adicional y opcional que puede tomar para que su caso sea revisado gratuitamente antes de su audiencia imparcial estatal. Usted, sus padres, su representante autorizado o su representante legalmente autorizado (LAR) deben solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que el plan de salud envíe por correo la carta con la decisión. Si no solicita la revisión médica externa en un plazo de 120 días, puede perder su derecho a la misma. Para solicitar una revisión médica externa, usted, sus padres, su representante o su representante legalmente autorizado pueden:

- Completar el formulario "State Fair Hearing and External Medical Review Request Form" (Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal y revisión médica externa) que se adjunta a la carta de notificación al miembro de la decisión de apelación interna de Community Health Choice y enviarlo por correo o fax a Community Health Choice utilizando la dirección o el número de fax que aparecen en la parte superior del formulario;
- Llamar a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711
- Enviar un correo electrónico a Community Health Choice a Appeals@communityhealthchoice.org,

Tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado o reducido, al menos hasta que se tome la decisión sobre la revisión médica externa y la audiencia estatal imparcial definitiva, si solicita una revisión médica externa con audiencia estatal imparcial antes de la última de estas fechas: (1) 10 días naturales después de que Community Health Choice envíe por correo el aviso de la Acción, o (2) el día en que la carta del plan de salud diga que su servicio se reducirá o terminará. Si no solicita la continuación de los beneficios antes de esta fecha, se interrumpirá el servicio que el plan de salud denegó.

Usted puede retirar su solicitud de revisión médica externa antes de que sea asignada a una IRO o mientras la IRO esté revisando su solicitud de revisión médica externa. Una revisión médica externa no puede retirarse si una OIR ya ha completado la revisión y ha tomado una decisión.

Una vez recibida la decisión de la revisión médica externa, usted tiene derecho a retirar la solicitud de audiencia estatal imparcial. Puede retirar su solicitud de audiencia estatal imparcial oralmente o por escrito poniéndose en contacto con el funcionario de audiencias que figura en el Formulario 4803, Aviso de audiencia.

Si el afiliado continúa con una audiencia estatal imparcial y la decisión de la misma difiere de la decisión de la Organización de revisión independiente, la decisión definitiva será la de la audiencia estatal imparcial. La decisión de la audiencia estatal imparcial solo puede confirmar o aumentar los beneficios de los afiliados derivadas de la decisión de la Organización de revisión independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted, sus padres o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia estatal imparcial de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una revisión médica externa de emergencia y una revisión de audiencia estatal justa de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso interno de apelaciones de Community Health Choice.

Denuncias de abuso, negligencia y explotación

¿Cómo denuncio sospechas de abuso, negligencia o explotación?

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

¿Qué es el abuso, negligencia o explotación?

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

La 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 utilizar indebidamente los recursos de una persona en beneficio personal o monetario. 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.

Denuncias de 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.

Informe al Departamento de Servicios para Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) llamando al 1.800.647.7418 si la persona víctima de abusos, negligencia o explotación vive o recibe servicios de:

- Un centro de cuidados especializados;
- 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 cualquier otra sospecha de abuso, negligencia o explotación al DFPS llamando al 1.800.252.5400.

Denuncia por medios electrónicos (no de emergencia):

Visite <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.

Información sobre el fraude

¿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 la cantidad de dinero o recursos con los que cuenta para obtener beneficios.

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

- Llame a la línea directa de la OIG al 1.800.436.6184;
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov/> y haga clic en "Denunciar fraude" para completar el formulario en línea; o bien
- Puede realizar la denuncia directamente en su plan de salud:
 - Community Health Choice
 - 4888 Loop Central Drive, Suite. 600, Houston, TX 77081
 - 1.888.435.2850 TTY 711

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 cuidados especializados, 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.

Información que debe estar disponible anualmente

- Como afiliado a Community Health Choice, puede solicitar y obtener la siguiente información cada año:
- 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 los nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (distintos del inglés) de cada proveedor de la red, además de la identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes y, cuando proceda, las cualificaciones profesionales, la especialidad, la facultad de medicina a la que asistió, la finalización de la residencia y el estado de certificación de la junta.
- Cualquier limitación a su libertad de elección entre proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de quejas, apelaciones, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal.
- 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 se obtiene la cobertura de emergencia y los límites de ese tipo de beneficios, entre otras cosas:
 - 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.
 - En caso de emergencia, siga las instrucciones de su centro de cuidados especializados. El personal del centro se pondrá en contacto con las autoridades competentes para coordinar el transporte y/o los servicios de emergencia.
 - 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.
 - Directrices prácticas de Community Health Choices.

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

Las leyes federales requieren que Community Health Choice, Inc. proporcione la siguiente información.



DECLARACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN (HHS)

Community Health Choice, Inc. (Community) cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles, y no discrimina con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community no excluye a las personas y ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes cualificados de lenguaje de señas y información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos). Community proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Administración de Cuidado de Community al teléfono 1.888.760.2600. Si cree que Community no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja.

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o por correo electrónico a:

Service Improvement Department

2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Teléfono: 1.888.760.2600

Correo electrónico: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

LANGUAGE ASSISTANCE

Community Health Choice, Inc. is required by federal law to provide the following information.



- Chinese** 本通知有重要信息。本通知包含關於您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話1.888.435.2850。
- French** Cet avis contient d'importantes informations. Cet avis contient d'importantes informations concernant votre demande ou votre couverture avec Community Health Choice. Consultez les dates figurant dans le présent avis car il est possible que vous ayez à prendre certaines mesures avant ces dates pour conserver votre assurance santé ou profiter de meilleurs coûts. Vous êtes en droit de recevoir ces informations et de bénéficier gratuitement d'une aide dans votre langue. Appelez le 1.888.435.2850.
- Gujarati** આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અને કવરેજ વર્ણિ મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.888.435.2850 પર કોલ કરો.
- Japanese** こと通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choiceの申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。1.888.435.2850までお電話ください。
- Laotian** ຫ້າງສີແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ຫ້າງສີແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊ່ວຍກັນຊຸມວັນທີ່ສໍາຄັນໃນຫ້າງສີແຈ້ງການນີ້ ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນກໍານົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານພາຍຫຼັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສໍາຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ: 1.888.435.2850.
- Russian** Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемым Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.888.435.2850.
- Tagalog** Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseguro sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisyang ito. Maaaring may kailangan kayong gawin bago ang mga itinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagsasalín sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.888.435.2850.
- Vietnamese** Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời gian nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi 1.888.435.2850.

Eventos para afiliados

¡Community siempre está planeando grandes y pequeños eventos para nuestros afiliados del área de Houston y Beaumont!

¿Tiene alguna sugerencia? Envíela por correo electrónico a CommunityAffairs@CommunityHealthChoice.org.



