

Área de servicio del condado de Travis



Manual para asegurados de la cobertura **STAR**

Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente: **1-888-657-6061**; TTY: **711**
espanol.bcbstx.com/medicaid

Vigente a partir de septiembre de 2026

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

STARM-6297-0726

753399.0926

¡Le damos la bienvenida!

Le damos la bienvenida a Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). Gracias por elegir nuestra cobertura médica. Nuestro objetivo es brindar atención médica a todos los asegurados de manera competente culturalmente, sin importar el sexo, la orientación sexual o la identidad de género. Como valioso asegurado, le ofrecemos este manual con información necesaria para ayudarlo a aprovechar al máximo su cobertura médica.

Si necesita este manual en otro formato o idioma, como CD de audio, texto en letras grandes, en braille o en otro idioma además de inglés y español, llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061**. Comuníquese también con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente si necesita una copia impresa del manual para asegurados, directorio de prestadores de servicios médicos o cualquier otro material que lo ayude a entender los servicios con cobertura. Las solicitudes en inglés y español se completarán sin costo en un período de cinco días hábiles. Es posible que se necesite más tiempo para completar las solicitudes de traducción de materiales en otros idiomas.

Lea este manual para obtener información sobre cómo funciona su cobertura. Tiene que obtener nuestra aprobación* con anticipación para que algunos tipos de atención médica especializada se incluyan en la cobertura.

Recuerde consultar a profesionales médicos que participen en la red de BCBSTX. Si la red no cuenta con un profesional médico que pueda proporcionar la atención que usted necesita, su prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés) solicitará nuestra aprobación para referirle a un profesional médico que no participe en la red.

No necesita nuestra aprobación para consultar a un PCP de la red o para recibir atención médica inmediata ni de emergencia. Tampoco necesita nuestra aprobación ni un referido** de su PCP para acudir a un proveedor de servicios de planificación familiar.

Se le envió por separado su tarjeta de asegurado. En la tarjeta de asegurado figura su PCP. Si quiere cambiarlo, elija uno del *Directorio de prestadores de servicios médicos* de BCBSTX. Inicie sesión en Blue Access for MembersSM (BAMSM) para realizar el cambio o llame a un especialista en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**) para que le brinde ayuda.

*En este manual, usamos el término “aprobación” para referirnos a una autorización previa.

**En este manual, usamos el término “referido” para referirnos al proceso mediante el cual un profesional médico le recomienda a un asegurado que consulte a otro profesional médico o especialista. En BCBSTX, no se exige la documentación de estos referidos.

Los números de teléfono del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente y de la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line aparecen al final de cada página de este manual.

Estamos a sus órdenes.

Blue Cross and Blue Shield of Texas

Si tiene preguntas, llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**) o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Índice

Parte 1

Números de teléfono e información	1
---	---

Parte 2

Medidas importantes que debe tomar	4
--	---

Parte 3

Su tarjeta de asegurado	5
Cómo leer y usar su tarjeta de asegurado de BCBSTX	5
Tarjeta Medicaid <i>Your Texas Benefits</i>	6
Portal para clientes YourTexasBenefits.com de Medicaid ...	7
Formulario provisional para la verificación de elegibilidad de Medicaid (formulario 1027-A)	7

Parte 4

Su prestador de atención médica primaria	8
Elección de un prestador de atención médica primaria	8
Cómo programar una cita con el médico	8
BAM	9
Plan de incentivos para médicos	9
Cómo cambiar de prestador de atención médica primaria	9
Directorio de prestadores de servicios médicos/Provider Finder®, nuestro directorio en línea	10

PARTE 5

Acceso a la atención médica	11
Atención médica fuera del área	11
Autorización previa	11
Atención médica especializada	11
Referidos	12
Segundas opiniones	12

PARTE 6

Servicios de rutina, de atención inmediata y emergencia	13
Médicamente necesario	13
Atención médica de rutina	14
Atención médica inmediata	14
Atención médica de emergencia	14
Posestabilización	15

PARTE 7

Servicios incluidos en la cobertura	16
Servicios médicos	16
Servicios incluidos en la cobertura	17
Coordinación de servicios	22
Servicios de salud mental	22
Rehabilitación de salud mental y administración especializada de casos clínicos	22
¿Qué es un servicio sustitutivo?	23
¿Qué servicios se ofrecerán?	23
Programa para dejar de fumar	24
Servicios dentales	24
Servicios con consentimiento del menor	24
¿Qué es el programa Pasos Sanos de Texas?	25
Servicios de atención médica para la mujer	27
Servicios de planificación familiar	27
Atención durante el embarazo	28
Programa de Salud para la Mujer de Texas	31
Programa para la Atención Médica Primaria de la HHSC	31
Programa para la Atención Médica Primaria de la HHSC ampliado	32
Programa de Planificación Familiar de la HHSC	32
Servicios para la vista	33

PARTE 8

Servicios con valor agregado 33

¿Cómo obtengo mi recompensa si obtuve una tarjeta de regalo como un servicio con valor agregado? 34

¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo? 34

Beneficio adicional para obtener traslados 34

Línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line 36

Tarjeta de regalo de incentivo de Pasos Sanos de Texas para niños y adolescentes 37

Tarjeta de regalo de incentivo por la vacuna contra el papilomavirus humano 37

Mejora de anteojos o lentes de contacto 37

Exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos 38

Recompensa por actividades de salud y bienestar 38

Servicios de doula 38

Clases en línea prenatales, posparto y para afrontar un duelo 38

Tarjeta de regalo por consulta prenatal 39

Tarjeta de regalo de incentivo por consulta posparto 39

Educación sobre la lactancia a través de nuestro programa Special Beginnings 40

Servicios de entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria 40

Servicios dentales para asegurados adultos 40

Descuentos en salud y bienestar de Blue365® 41

Learn to Live: plataforma en línea sobre salud mental 41

PARTE 9

Servicios en farmacias y cobertura para medicamentos con receta 41

Cómo surtir sus medicamentos con receta 41

¿Dónde puedo conseguir una lista de los medicamentos con receta de mi hijo? 41

Cobertura para medicamentos con receta 42

Cómo buscar una farmacia de la red ... 43

Farmacia con pedidos por correo 43

Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia 44

Suministros limitados de atención médica a domicilio 44

Programa Lock-In de Medicaid 44

PARTE 10

Servicios adicionales para asegurados con cobertura STAR ... 45

Programa de Intervención Temprana en la Infancia 45

Administración de Casos Clínicos para Embarazadas y Niños 45

Programa de Salud Escolar y Servicios Relacionados de Texas 46

Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia 46

Aplicación móvil MTM Link Member 49

Servicios en centros de enfermería 49

Servicios para tuberculosis 49

Cuidados paliativos 49

PARTE 11

Programas para ayudarlo a estar saludable	50
Coordinación de servicios	50
Special Beginnings	50
Para su tranquilidad	51
Programas adicionales del estado	51
Cómo recibir otros servicios	51

PARTE 12

Ayuda con servicios especiales	52
Ayuda en otros idiomas	52
Ayuda para asegurados con impedimentos auditivos o de la vista ...	52
Asegurados con necesidades especiales de atención médica	53
Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades	53

PARTE 13

Cómo resolver un problema con BCBSTX	53
Quejas	53
Apelaciones	55
Apelaciones por servicios de farmacia .	56
Apelación por servicios sustitutivos	56
Apelaciones de emergencia por cobertura médica o servicios de farmacia	57
Audiencia imparcial ante el estado	58
Información sobre la revisión médica externa	59

PARTE 14

Recursos estatales de Medicaid ...	61
Si ya no podemos brindarle nuestros servicios	61
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	61
Cómo cambiar de cobertura médica ...	61
Cómo renovar la cobertura médica	62

PARTE 15

Otros datos que quizá necesite saber	63
Cómo comunicarse con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente	63
Abuso, negligencia y explotación	63
Malgasto, abuso y fraude	64
Nuevos tratamientos médicos	65
Mejoramiento de la calidad	65
Medicaid y los seguros privados	65
Instrucciones anticipadas (testamentos vitales)	66
Deducibles y copagos	67
Su expediente médico	67
Políticas de privacidad	67
Cambios en el programa	67
Información disponible para los asegurados	67
Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos	68
Aviso estatal de prácticas de privacidad	72

PARTE 16

Sus derechos y obligaciones de atención médica	73
Derechos de los asegurados	73
Obligaciones de los asegurados	75
Obligaciones adicionales del asegurado cuando utiliza los servicios NEMT	76

PARTE 17

Área de servicio de BCBSTX	77
----------------------------------	----

PARTE 18

Definiciones	78
--------------------	----

Parte 19

Cheques del programa Pasos Sanos de Texas	83
---	----

Parte 1**Números de teléfono e información****211 Texas****211****Línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line****1-844-971-8906 (TTY*: 711)**

Esta línea ofrece atención en inglés y español, todos los días, las 24 horas. Contamos con servicios de interpretación. En caso de emergencia, llame al **911**.

Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente**1-888-657-6061**

Información sobre todos los servicios incluidos en la cobertura. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del centro), excepto los días feriados aprobados por el Estado.

Después del horario de atención y los fines de semana, si tiene preguntas que no sean urgentes, puede dejar un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Ofrecemos ayuda en inglés y en español. Contamos con servicios de interpretación. En caso de emergencia, llame al **911**.

Línea TTY* del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente: **711** (después del horario de atención y los fines de semana, llame al Servicio de Relay de Texas al **1-800-735-2989**, TTY: **711**).

Asesor para asegurados con cobertura STAR**1-877-375-9097**Fax: **1-512-349-4867****Línea de emergencias de salud mental y tratamiento para el abuso de sustancias****1-888-657-6061**

Este número para llamadas sin costo ofrece atención en inglés y español, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Contamos con servicios de interpretación. En caso de emergencia, llame al **911**. TTY: **711**.

Servicios dentales para niños DentaQuest**1-800-516-0165****MCNA Dental****1-800-494-6262****Departamento de Servicios Auxiliares y Rehabilitación (DARS, en inglés)****1-800-628-5115****Servicios para el manejo de enfermedades****1-877-214-5630****Línea directa nacional de salud mental materna****1-833-TLC-MAMA (1-833-852-6262)**TTY: **711**

Llame o envíe un mensaje de texto para recibir apoyo de un consejero profesional antes, durante y después del embarazo si se siente agobiada o deprimida. La línea directa está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pueden brindarle recursos, referidos y otro tipo de información.

*Las líneas TTY se reservan para el uso exclusivo por parte de asegurados con problemas de habla o audición.

**Maximus, corredor de seguros
responsable de las solicitudes
de cobertura**

1-800-964-2777

**Transporte médico para casos que no
sean de emergencia (NEMT, en inglés)
y beneficio adicional para obtener
traslados como servicio con
valor agregado**

Línea de reservas

1-866-824-1565 (TTY: 711)

Llame a MTM Health para programar traslados de ida y vuelta con los servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia a fin de acudir a consultas médicas y dentales, a farmacias o a otros profesionales médicos.

Línea Where's My Ride

1-866-824-1565 (TTY: 711)

Llame a MTM Health para hacer lo siguiente:

- programar traslados de ida y vuelta con los servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia a fin de acudir a consultas médicas y dentales, a farmacias o a otros profesionales médicos;
- programar traslados para obtener atención médica inmediata;
- modificar su reserva;
- cancelar un traslado;
- consultar sobre un traslado que ya tiene programado.

Hay agentes las 24 horas del día, los siete días de la semana, dispuestos a ayudar con los traslados.

Ofrecemos ayuda en inglés y en español y contamos con servicios de interpretación. En caso de emergencia, llame al **911**.

**Equipo de asistencia de atención
médica administrada del defensor
del asegurado**

1-866-566-8989

TDD/TTY*: **1-866-222-4306**

**National Poison Control Center
(Centro para el Control de Casos
de Intoxicación)**

1-800-222-1222

Las llamadas se transfieren a la oficina más cercana.

Special Beginnings®

1-888-421-7781

Línea de ayuda del programa STAR

1-800-964-2777

**Línea telefónica en caso de
crisis y suicidio**

988

Llame o envíe un mensaje de texto al **988** para recibir apoyo para cualquier persona que esté experimentando una crisis de salud mental o por abuso de sustancias. Un consejero capacitado en casos de crisis puede brindarle apoyo gratuito y confidencial, y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Comisión de Salud y Servicios
Humanos de Texas**

1-866-566-8989

**Departamento Estatal de Servicios
de Salud de Texas (DSHS, en inglés)**

Programa de salud materno-infantil

1-512-776-7373

*Las líneas TTY se reservan para el uso exclusivo por parte de asegurados con problemas de habla o audición.

Servicio de asistencia del registro de vacunas de Texas**1-800-348-9158****División de Vacunación****1-800-252-9152****Programa Pasos Sanos de Texas****1-877-847-8377****Servicio de Relay de Texas o 711*****1-800-735-2989****Programa para dejar de fumar****1-877-937-7848**

(TTY: 711)

Llame para unirse al programa si necesita ayuda para dejar el tabaco. Durante el programa, recibirá apoyo, asesoramiento y educación.

Servicios para la vista (cuidado de los ojos)**1-888-657-6061****Programa para mujeres, bebés y niños (WIC, en inglés)****1-800-942-3678****Tarjeta Medicaid *Your Texas Benefits*****1-855-827-3748 o 211**

Blue365 es un programa de descuentos exclusivo para los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). NO es un seguro médico. Su cobertura médica podría incluir algunos de los servicios ofrecidos a través de este programa. Los asegurados deben consultar su certificado de beneficios y servicios médicos o llamar al número del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de asegurado para obtener información específica sobre los beneficios y servicios. Usar Blue365 no modifica los pagos mensuales, y los costos de los servicios o productos no se contabilizan para los montos máximos o deducibles de la cobertura. Los descuentos solo se conceden mediante los proveedores que participan en este programa. BCBSTX no da ninguna garantía, afirmación o recomendación sobre los servicios o productos del programa. Los asegurados deben consultar a su médico antes de utilizar estos servicios y productos. BCBSTX se reserva el derecho de suspender o modificar este programa en cualquier momento sin previo aviso.

Start Hearing, Beltone™, HearUSA y TruHearing® brindan los servicios para el cuidado auditivo. ContactsDirect®, Croakies, Davis Vision™, EyeMed Vision Care, Glasses.com, Jonathan Paul Fitovers y LasikPlus® brindan los servicios para la vista.

La relación entre estos proveedores y Blue Cross and Blue Shield of Texas es la de contratistas independientes. Para la administración de los servicios dentales, Blue Cross and Blue Shield of Texas tiene contrato con DentaQuest, una compañía independiente.

Findhelp es una compañía independiente que ofrece listas de recursos comunitarios y programas de descuento para los asegurados de BCBSTX.

Learn to Live ofrece programas educativos de salud mental. Los asegurados que consideran obtener tratamiento médico adicional deben consultar con un médico. Learn to Live, Inc., es una compañía independiente que ofrece programas y recursos de salud mental en línea para asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

MTM Health es una compañía independiente que ofrece servicios de transporte a Blue Cross and Blue Shield of Texas a través de un acuerdo contractual entre BCBSTX y MTM Health. BCBSTX y MTM Health mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes.

walgreensmailservice.com, una farmacia de especialidad central con servicio de entrega a domicilio, es una farmacia contratada para ofrecer a los asegurados con cobertura de BCBSTX servicios farmacéuticos de entrega a domicilio.

BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor ni los productos o servicios que ofrecen.

La organización cumple todas las leyes federales y estatales aplicables.

Parte 2

Medidas importantes que debe tomar

- **Tenga su tarjeta de asegurado de BCBSTX a la mano en todo momento.** Preséntela cada vez que necesite servicios de atención médica. No permita que nadie más la use.
- **Verifique que el médico nombrado en su tarjeta de asegurado es el que usted desea que lo atienda.** En su tarjeta de asegurado de BCBSTX aparece el nombre de su prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés). Un PCP es el prestador principal de sus servicios médicos. Si desea un prestador diferente, avísenos inmediatamente.
- **Coordine un chequeo del programa Pasos Sanos de Texas o un chequeo anual para adultos.** Si es adulto, debe hacerse el primer chequeo médico dentro de los 90 días siguientes al inicio de su cobertura de BCBSTX. Los menores de edad deben hacerse un chequeo médico de Pasos Sanos de Texas dentro de los 90 días siguientes al inicio de la cobertura. Un médico debe atender a los recién nacidos dentro de los 14 días posteriores al nacimiento. En el primer chequeo, el PCP conocerá sus necesidades de atención médica para ayudarlo a mantenerse saludable.
- **Llame al PCP antes de recibir atención médica, a menos que se trate de un caso de emergencia.** En el consultorio del PCP lo ayudarán a programar una cita para recibir atención. Si necesita traslados de ida y vuelta para asistir a consultas médicas que no sean de emergencia, llame a MTM Health al **1-866-824-1565** (TTY: **711**). Si MTM Health no puede brindarle el traslado mediante Texas Medicaid, usted puede solicitar ayuda para el traslado a través del programa de servicios con valor agregado de BCBSTX. Para obtener más información sobre el transporte mediante el programa de servicios con valor agregado, consulte la sección 8.
- **Si se trata de una emergencia, busque ayuda de inmediato.** Llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir atención médica. No necesita aprobación nuestra ni del PCP para recibir atención médica de emergencia ni aunque esté fuera de nuestra área de servicio. Tendrá cobertura para servicios de emergencia en Estados Unidos, incluso si el prestador de servicios médicos de emergencia no forma parte de la red de BCBSTX.
- **Si tiene un problema de salud, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line.** Cuando llame, tenga a la mano su tarjeta de asegurado de BCBSTX, ya que el enfermero le pedirá el número de asegurado.

Para nosotros, usted es importante.
Queremos ayudarlo a recibir la atención médica que necesita.
Gracias por elegir BCBSTX.

Parte 3

Su tarjeta de asegurado

Cómo leer y usar su tarjeta de asegurado de BCBSTX

Presente su tarjeta de asegurado de BCBSTX al doctor, hospital, farmacia u otro prestador de servicios médicos para recibir servicios de atención médica.

El Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de asegurado es el mismo departamento que se menciona a lo largo de este manual para asegurados.

Su tarjeta de asegurado de BCBSTX incluye la siguiente información importante:

- su nombre;
- su número de asegurado de Medicaid;
- el nombre BCBSTX y la dirección correspondiente;
- el número de teléfono del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente y la línea TTY de BCBSTX, a los que puede llamar sin costo;
- el nombre y el número de teléfono de su PCP;
- el número de identificación del titular de la póliza;
- la fecha en que se le asignó un PCP (fecha de entrada en vigor);
- qué hacer en caso de emergencia;
- el número de teléfono de la línea (sin costo) de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line;

- el número de teléfono para recibir servicios de salud mental y medicamentos con receta.

Recibirá una nueva tarjeta de asegurado de BCBSTX en los siguientes casos:

- si usted cambia de PCP;
- si cambian la dirección o el número de teléfono de su PCP;
- si usted pierde su tarjeta de asegurado.

Cómo remplazar la tarjeta de asegurado de BCBSTX en caso de extravío

Si pierde la tarjeta de asegurado de BCBSTX, comuníquese con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente llamando al **1-888-657-6061**. Si tiene impedimentos auditivos o del habla, puede comunicarse con la línea TTY del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente llamando al **711**.

También puede iniciar sesión en Blue Access for Members (BAM), el portal protegido para asegurados de BCBSTX, a fin de solicitar una nueva tarjeta de asegurado de BCBSTX e imprimir una provisional. Para ingresar en BAM, visite espanol.bcbstx.com/medicaid y haga clic en el botón "Iniciar sesión" (*Log In*), en la parte superior derecha de la pantalla. Encontrará más información acerca de BAM en la **Parte 4: Su prestador de atención médica primaria**.

BlueCross BlueShield of Texas		TEXAS STAR Your Health Plan • Your Choice		TEXAS Health and Human Services	
Member Name: <F_NAM M_INIT L_NAME> Alpha Prefix: ZGT Subscriber ID: <SBSB_ID> Medicaid ID Number: <MEME_MEDCD_NO>					
PCP Effective Date: <MEPR_DT> Rx Group No.: <RXG2> Rx BIN: 011552 Rx PCN: TXCAID PBM: PRIME					
PCP: <PRPR_NAME> <PRAD_PHONE>					
bcbstx.com/medicaid Customer Advocate/especialista en Servicio al Cliente (Medical/Prescription Drug/Vision) 24 hours/7 days a week (atn. Médica/meds. recetados/para la vista) atención las 24 horas: 1-888-657-6061 TTY: 711 24-Hour Nurse Hotline/Línea de enfermería (24 h): 1-844-971-8906 TTY: 711 Prescription Drug/ Medicamentos recetados (PBM: PRIME): 1-888-657-6061 TTY: 711 Behavioral Health Services Hotline/ Servicios de salud mental (24 h): 1-888-657-6061 TTY: 711					
Card Issued December 01, 2023 Expedida el 01 de diciembre del 2023					

Si tiene preguntas, llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**) o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Tarjeta Medicaid *Your Texas Benefits*

Cuando le aprueben su cobertura de Medicaid, usted recibirá una tarjeta Medicaid *Your Texas Benefits* (YTB). Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid para usar todos los días. Debe llevarla y protegerla como lo haría con la licencia de conducir o las tarjetas de crédito. El médico puede usarla para averiguar si su hijo tiene beneficios de Medicaid cuando va a una consulta.

Solo le entregarán una tarjeta, y solo recibirá una tarjeta nueva si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban la tarjeta Medicaid, puede obtener una nueva llamando sin costo al **1-800-252-8263** o ingresando a www.YourTexasBenefits.com (haga clic en "Español") para solicitar o imprimir una tarjeta provisional.

Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, puede llamar sin costo al **1-800-252-8263** para saberlo. También puede llamar al **211**. Primero, elija un idioma y, luego, la opción 2.

Su información médica es una lista de servicios médicos y medicamentos que obtuvo a través de Medicaid. La compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué tipo de atención médica necesita usted. Si no quiere que sus médicos vean el historial clínico a través de la red segura en línea, llame sin costo al **1-800-252-8263**; o cancele la suscripción para compartir su información de salud en www.YourTexasBenefits.com.

La tarjeta Medicaid *Your Texas Benefits* tiene impresos en el frente los siguientes datos:

- su nombre y número de asegurado de Medicaid;
- la fecha en que le enviaron la tarjeta;
- el nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito si recibe alguno de estos beneficios:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa de Salud para la Mujer de Texas (HTW, en inglés)
 - Cuidados paliativos
 - STAR Health
 - Medicaid de emergencia
 - Elegibilidad Condicional para Embarazadas (PE, en inglés)
- la información que la farmacia necesita para cobrar a Medicaid;
- el nombre de su médico y de su farmacia si usted está inscrito en el Programa Lock-in de Medicaid.

En el dorso de la tarjeta Medicaid *Your Texas Benefits*, hay un sitio web al que puede ingresar (www.YourTexasBenefits.com [haga clic en "Español"]) y un número de teléfono al que puede llamar sin costo (**1-800-252-8263**) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

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

Need help? ¿Necesita ayuda? 1-800-252-8263	
 Your Texas Benefits Health and Human Services Commission	
Member name:	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: 610084 / RxPCN: DRTXPROD / RxGRP: MEDICAID TX-CA-1213
Member ID:	
Issuer ID: Date card sent:	

Portal para clientes **YourTexasBenefits.com de Medicaid**

Puede usar el portal para clientes de Medicaid a fin de realizar las siguientes acciones para usted o para alguien que le dé acceso a su información médica o dental:

- consultar su cobertura médica y dental;
- consultar la información sobre sus beneficios y servicios incluidos;
- consultar las alertas del programa Pasos Sanos de Texas, de STAR;
- consultar alertas emitidas;
- consultar diagnósticos y tratamientos;
- consultar vacunas;
- consultar medicamentos con receta.

También puede ver, imprimir y solicitar una tarjeta Medicaid *Your Texas Benefits* y elegir si quiere que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible.

Para acceder al portal:

- Ingrese en **www.YourTexasBenefits.com**.
- Haga **clic en** "Entrar en el sistema" (*Log In*).
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **"Crear una cuenta nueva"** (*Create a new account*).
- Haga clic en **"Gestionar"** (*Manage*).
- Vaya a la sección "Enlaces rápidos" (*Quick links*).
- Haga clic en **"Servicios de Medicaid y STAR"** (*Medicaid & STAR Services*).
- Haga clic en **"Ver servicios e información de salud disponible"** (*View services and available health information*).

Aviso: En el portal para clientes **YourTexasBenefits.com** de Medicaid, solo se muestra la información de clientes activos. Un representante legalmente autorizado (LAR, en inglés) podría ver la información de las personas incluidas en su caso.

Formulario provisional para la verificación de elegibilidad de Medicaid (formulario 1027-A)

Si pierde la tarjeta de beneficios del programa de Medicaid *Your Texas Benefits* y necesita un comprobante de elegibilidad de manera rápida, tiene que solicitar un formulario provisional para la verificación de elegibilidad de Medicaid (formulario 1027-A). Puede llamar a la Oficina de Beneficios de Salud y Servicios Humanos de Texas al **1-800-252-8263** para solicitar una nueva tarjeta. También puede imprimir un comprobante de cobertura a través del portal BAM, ingresando en **espanol.bcbstx.com/medicaid**. Para obtener más información sobre BAM, consulte la **Parte 4: Su prestador de atención médica primaria**.

Parte 4

Su prestador de atención médica primaria

Elección de un prestador de atención médica primaria

La tarjeta de asegurado de BCBSTX tendrá el número de teléfono y el nombre del prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés) que haya elegido o que le hayan asignado a usted, si no eligió uno.

¿Qué es un PCP?

Un PCP es el prestador principal de sus servicios médicos. Un PCP puede ser uno de los siguientes profesionales:

- un pediatra;
- un médico general o de familia;
- un internista;
- un ginecólogo-obstetra (OB/GYN, en inglés);
- un practicante de enfermería (NP, en inglés) o un asistente médico (PA, en inglés).

¿Puedo elegir una clínica como mi PCP?

Las clínicas, por ejemplo, los Centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC, en inglés) y las clínicas rurales (RHC, en inglés) también pueden ser PCP.

¿Y un especialista? ¿Puede ser mi PCP?

Sí, puede elegir a un especialista como PCP. Podemos ayudarlo a encontrar uno. Comuníquese con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para que lo ayuden.

Cómo programar una cita con el médico

Llame al consultorio de su PCP para programar una cita e infórmeles que usted es asegurado con cobertura Medicaid de BCBSTX. Tenga a la mano la tarjeta de

asegurado de BCBSTX y la de Medicaid *Your Texas Benefits*. Es posible que le pidan los números de asegurado que aparecen en las tarjetas.

¿Qué debo llevar a la cita?

- Cuando acuda a la cita, recuerde llevar su tarjeta de asegurado de BCBSTX y la de Medicaid *Your Texas Benefits*.
- Llegue a tiempo a la cita.
- Llame al doctor lo antes posible en los siguientes casos:
 - si llegará tarde a la cita;
 - si no puede acudir a la cita.

De esta manera, todos pasarán menos tiempo en la sala de espera. Es posible que el PCP no pueda atenderlo si llega tarde.

Chequeos del programa Pasos Sanos de Texas para niños y primera consulta con el PCP para adultos

La primera consulta con su nuevo PCP es importante. Es el momento en que se conocerán y hablarán acerca de su salud. El PCP anotará sus antecedentes médicos, le hará un chequeo y le proporcionará información sobre la salud.

Pedimos a todos los asegurados nuevos de STAR que consulten a su PCP dentro de los 90 días siguientes a su incorporación en BCBSTX. Todos los niños que se incorporen a la cobertura STAR deben hacer la consulta del programa Pasos Sanos de Texas en los 90 días siguientes al inicio de su cobertura. Llame hoy mismo a su PCP para programar una cita. Los recién nacidos deberán ir a una consulta con su PCP dentro de los 14 días posteriores al inicio de su cobertura de BCBSTX.

¿Qué hago si necesito cancelar una cita?

Si necesita cancelar su cita, llame al consultorio de su PCP y ellos lo ayudarán a programar una nueva cita.

¿Cómo obtengo atención médica fuera del horario de atención del consultorio del PCP?

Llame a su PCP antes de solicitar atención médica, a menos que sea un caso de emergencia. Puede comunicarse con su PCP las 24 horas al número en su tarjeta. Después del horario habitual de atención, deje su nombre y número de teléfono en el servicio de atención de llamadas. Su PCP o un médico de guardia se comunicarán con usted. En caso de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana. También puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line o al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para obtener ayuda con casos que no sean de emergencia.

BAM

Blue Access for Members (BAM) es un portal protegido en el que los asegurados pueden llevar a cabo lo siguiente:

- imprimir una tarjeta provisional de asegurado o solicitar una tarjeta nueva;
- encontrar médicos y hospitales en la pestaña "Médicos y hospitales" (*Doctors and Hospitals*);
- consultar los servicios incluidos en la cobertura;
- ver una lista de medicamentos con receta;
- consultar su perfil de atención;
- configurar alertas por mensajes de texto;
- obtener información sobre salud y bienestar.

Comenzar es sencillo:

1 Visite espanol.bcbstx.com/medicaid.

2 Haga clic en el botón "Iniciar sesión" (*Log In*), en la parte superior de la página.

3 Haga clic en "Inscríbese ahora" (*Register Now*) para crear una cuenta.

Plan de incentivos para médicos

BCBSTX no puede hacer pagos conforme a un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para persuadir a los prestadores de servicios médicos de reducir o limitar los servicios incluidos médicamente necesarios para los asegurados. En este momento, BCBSTX no tiene un plan de incentivos para médicos.

Cómo cambiar de prestador de atención médica primaria**¿Cómo puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo?**

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Tenga en cuenta que, si cambia de PCP con frecuencia, es posible que su atención médica no sea tan buena como podría serlo. Si decide cambiar, pida que le envíen su expediente médico al nuevo PCP.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su PCP o el de su hijo. Para cambiar de PCP, llámenos al número para llamadas sin costo **1-888-657-6061** (TTY: **711**) o escriba a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 201166
Austin, Texas 78720-9919

¿Es posible que se rechace una solicitud de cambio de PCP?

Es posible que su solicitud de cambio de PCP se rechace en los siguientes casos:

- si elige a un PCP que no está aceptando nuevos pacientes;
- si el PCP no participa en nuestra red;
- si el PCP está fuera del área de servicio.

Si no cumpla con las indicaciones, ¿mi PCP puede enviarme a otro profesional médico?

Es posible que nosotros, o su PCP, solicitemos un cambio de PCP en los siguientes casos:

- El PCP ya no trabaja con BCBSTX y no se establece un acuerdo de excepción como caso único.
- Usted falta a las citas o llega tarde a menudo.
- Usted se comporta de forma grosera o agresiva, o causa problemas en el consultorio del PCP.

¿Cuándo entra en vigor el cambio de PCP?

El cambio de PCP entra en vigor en la fecha en que se realiza. Recibirá una nueva tarjeta de asegurado con el nombre y los datos de contacto del nuevo PCP en un plazo de 7 a 10 días.

¿Qué hago si quiero consultar a otro doctor que no sea mi PCP?

Si decide consultar a un médico que no sea su PCP, primero debe llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Es posible que los servicios que le preste un doctor que no sea su PCP no estén incluidos en la cobertura. Si consulta a un médico que no sea su PCP sin recibir nuestra aprobación primero, es probable que deba pagar el costo de los servicios que reciba.

Directorio de prestadores de servicios médicos/Provider Finder®, nuestro directorio en línea

Consulte el *Directorio de prestadores de servicios médicos* o el directorio en línea *Provider Finder®* ingresando en espanol.bcbstx.com/medicaid para hacer lo siguiente:

- elegir un PCP para su hijo ingresando en “Medicina familiar” (*Family Practice*), “Pediatria” (*Pediatrics*) o “Medicina general” (*General Practice*);

- elegir un PCP para una asegurada que está embarazada ingresando en “Obstetricia y ginecología” (*Obstetrics and Gynecology*), “Medicina familiar” (*Family Practice*), “Medicina interna” (*Internal Medicine*) o “Medicina general” (*General Practice*);
- elegir a un PCP para los adultos de su familia ingresando en “Medicina familiar” (*Family Practice*), “Medicina interna” (*Internal Medicine*) o “Medicina general” (*General Practice*).

Es importante encontrar el PCP adecuado para usted y su familia. Al elegirlo, es posible que le surjan preguntas como las siguientes:

- ¿Qué idioma habla el PCP?
- ¿El consultorio del PCP está abierto los fines de semana?

Puede consultar esta información en el *Directorio de prestadores de servicios médicos* o en *Provider Finder*. Como asegurado de BCBSTX, recibirá un nuevo directorio de prestadores de servicios médicos si lo solicita. Si necesita un *Directorio de prestadores de servicios médicos* o ayuda para elegir un PCP que sea adecuado para usted, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. También puede imprimir un directorio de prestadores de servicios médicos ingresando en espanol.bcbstx.com/medicaid.

Si desea más información sobre algún PCP o especialista, como la especialidad, la facultad de medicina, la residencia o la certificación de la junta médica, visite los siguientes sitios web:

- Asociación Médica Estadounidense www.ama-assn.org
- Junta Médica de Texas www.tmb.state.tx.us

PARTE 5**Acceso a la atención médica****Atención médica fuera del área****¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?**

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente y lo ayudaremos a buscar un médico.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano y, luego, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Qué hago si estoy fuera del estado?

Si necesita atención médica cuando esté fuera del estado, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente y lo ayudaremos a buscar un médico.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Los servicios médicos que reciba fuera del país no están incluidos en su cobertura de Medicaid.

Autorización previa

Antes de recibir algunos servicios, es posible que su PCP deba solicitar la aprobación de BCBSTX para verificar que estén incluidos en la cobertura. Es decir que tanto BCBSTX como el PCP (o especialista) están de acuerdo en que los servicios son médicamente necesarios. En general, "médicamente necesario" se refiere a servicios con las siguientes características:

- protegen la vida;
- evitan que usted sufra una enfermedad o una discapacidad graves;
- alivian el dolor intenso, ya que se descubre el problema y se trata la enfermedad o lesión.

Para obtener más información sobre los servicios médicamente necesarios, consulte la **Parte 6: Servicios de rutina, urgencia y emergencia**.

Obtener una aprobación no demora más de tres días hábiles o, si es acelerada, no más de tres días calendario. Su PCP puede brindarle más información al respecto.

Es posible que le preguntemos a su PCP por qué necesita atención especial. Puede suceder que no aprobemos el servicio solicitado. Les enviaremos a usted y a su PCP una carta en la que se describe el motivo por el cual no cubriremos el servicio. También se les informará cómo apelar nuestra decisión. Usted o el profesional médico pueden llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. También pueden escribirnos a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Attn: Complaints and Appeals
Department
PO Box 660717
Dallas, Texas 75266-0717

Si recibe servicios de un profesional médico que no participe en la red BCBSTX STAR antes de recibir nuestra aprobación, es posible que no paguemos el servicio.

Atención médica especializada**¿Qué hago si necesito consultar a un médico especial (un especialista)?**

Su PCP puede referirlo a otro profesional médico, incluido un especialista, para que reciba atención médica o tratamiento.

especializados. Un especialista puede proporcionarle tratamiento durante el tiempo que crea necesario.

Para la atención médica especializada, su PCP hará lo siguiente:

- Le brindará ayuda para programar la cita.
- Elegirá a un especialista para que le brinde la atención que necesita.
- Le enviará una aprobación al especialista antes de que usted reciba los servicios.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me atienda un especialista?

Tendrá una cita dentro de los 21 días siguientes a la solicitud. Los servicios fuera de la red no están incluidos en la cobertura, a menos que usted obtenga nuestra aprobación antes de recibir el servicio.

Referidos

¿Qué es un referido?

Un referido es una recomendación que redacta un profesional médico para que un asegurado consulte a otro profesional médico o especialista.

¿Qué servicios no necesitan referidos?

Muchos tipos de atención médica **no** requieren una aprobación de su PCP, entre ellos, los siguientes:

- planificación familiar;
- servicios de ginecología-obstetricia:
 - usted debe elegir profesionales médicos que participen en la red de su cobertura médica.
- atención médica de emergencia;
- citas para chequeos médicos de Pasos Sanos de Texas;
- intervención temprana en la infancia (ECI, en inglés);
- pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) (STI, en inglés)/VIH;
- administración de casos clínicos para mujeres y niños;

- servicios de salud mental y tratamiento para el abuso de sustancias.

Segundas opiniones

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Es posible que tenga dudas sobre la atención que el PCP o el doctor dice que usted necesita. Tal vez desee una segunda opinión para lo siguiente:

- diagnosticar una enfermedad; o
- confirmar que su tratamiento sea adecuado para usted.

Debe hablar con su PCP si desea una segunda opinión. El PCP lo referirá a un profesional médico de la red que trabaje en el mismo campo que su PCP o el especialista que usted haya consultado primero.

Es posible que el PCP lo refiera a un profesional médico fuera de la red sin costo adicional para usted si no tenemos un profesional de la red que cumpla con sus necesidades. Para esto, debe obtener una aprobación.

Si necesita ayuda para obtener una segunda opinión, puede llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. También puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line para recibir más información sobre las segundas opiniones.

¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica especializada y requiero la ayuda de otra persona?

BCBSTX les permite a los asegurados con necesidades médicas especiales que tengan acceso directo a los especialistas adecuados para sus problemas médicos y necesidades identificadas. Esto incluye un referido permanente para consultar a un especialista o, si fuese necesario, elegir al especialista como PCP. Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente si necesita ayuda para programar una cita con un especialista.

PARTE 6**Servicios de rutina, urgencia y emergencia****Medicamento necesario**

¿Qué significa "medicamento necesario"? Tanto para la atención médica aguda como para la salud mental.

- 1** Para los asegurados desde el nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - a** Servicios de detección y para la vista y la audición; y
 - b** otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental, que son necesarios para corregir (mejorar) o eliminar un defecto o una enfermedad o un problema médico físico o mental. La determinación (decisión) de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un problema médico físico o mental:
 - i** tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de Alberto N., *et al.* v. Traylor, *et al.*;
 - ii** podría incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2) (b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
- 2** Para los asegurados mayores de 20 años, los servicios de atención médica no relacionados con la salud mental que:
 - a** Son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o problemas médicos o para lograr la detección temprana, la intervención o el tratamiento de problemas médicos que causan sufrimiento o dolor; originan deformidades físicas o limitaciones en la función; amenazan con causar o empeorar una discapacidad; provocan la enfermedad o debilidad de un asegurado o ponen en riesgo su vida.
 - b** Se brindan en centros adecuados y con los niveles correspondientes de atención para el tratamiento de los problemas médicos de un asegurado.
 - c** Se prestan de acuerdo con las pautas y los estándares de práctica de atención médica que están respaldados por agencias del gobierno u organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente.
 - d** Se brindan de acuerdo con los diagnósticos del asegurado.
 - e** No son más invasivos ni restrictivos de lo necesario para lograr un equilibrio correcto entre seguridad, efectividad y eficiencia.
 - f** No son experimentales ni están en investigación.
 - g** No se ofrecen principalmente para la conveniencia del asegurado ni del prestador de servicios médicos.
- 3** Para los asegurados mayores de 20 años, los servicios de salud mental que tengan las siguientes características:
 - a** Son razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de los trastornos de salud mental o por consumo de sustancias, o para mejorar, mantener o evitar el deterioro del funcionamiento a causa de ese trastorno.
 - b** Se brindan de acuerdo con las pautas y los estándares clínicos aceptados profesionalmente relacionados con la práctica de la atención médica en salud mental.
 - c** Se brindan en el ámbito más apropiado y menos restrictivo en el que los servicios se puedan prestar con seguridad.
 - d** Se brindan en el nivel o suministro de servicio más adecuado que pueda brindarse con seguridad.
 - e** No pueden omitirse sin afectar de manera adversa la salud mental o física del asegurado o la calidad de la atención recibida.
 - f** No son experimentales ni están en investigación.

- g** No se ofrecen principalmente para la conveniencia del asegurado ni del prestador de servicios médicos.

Atención médica de rutina

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina es la atención habitual que recibe de su PCP para ayudarlo a mantenerse sano, como los chequeos que se hacen con regularidad. Puede comunicarse con el PCP para programar una cita de atención médica de rutina.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me atiendan?

Debe poder consultar a su PCP dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que llamó para programar la cita.

No vaya a la sala de emergencias (ER, en inglés) para recibir atención médica de rutina. Si lo hace, tendrá que pagar esos servicios. No brindamos cobertura para atención en salas de emergencias como atención médica de rutina.

Atención médica inmediata

¿Qué es la atención médica inmediata?

La atención médica inmediata es otro tipo de atención médica. Hay algunas enfermedades y lesiones que quizás no sean emergencias, pero que pueden volverse una si no se tratan en menos de 24 horas. Estos son algunos ejemplos:

- quemaduras o cortadas pequeñas
- dolor de oído
- dolor de garganta
- torceduras o esguinces musculares

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

En ese caso, debería llamar al consultorio de su médico, incluso fuera del horario de atención y durante los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el médico quizás le diga que vaya a la clínica de atención médica inmediata. Si esa es la recomendación de su médico, no necesita llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte

Medicaid de BCBSTX. Para recibir ayuda, llámenos sin costo al **1-888-657-6061** (TTY: **711**). También puede llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906** para que lo ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me atiendan?

Podrá consultar a su médico dentro de las 24 horas para una cita de atención médica inmediata. Si su doctor le dice que vaya a una clínica de atención médica inmediata, no necesita llamar a la clínica antes de ir. Asegúrese de que la clínica de atención médica inmediata a la que acuda acepte Medicaid de BCBSTX.

Atención médica de emergencia

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Se proporciona atención médica de emergencia para problemas médicos de emergencia y problemas de salud mental de emergencia.

“Problema médico de emergencia” significa:

Un problema médico que comienza a mostrar síntomas graves con un nivel de dolor suficiente (incluido dolor grave) como para que alguien con un conocimiento promedio de salud y medicina se dé cuenta de que, sin atención médica inmediata, eso podría conducir a lo siguiente:

- 1** poner en grave peligro la salud del paciente;
- 2** ocasionar un problema grave en el funcionamiento de alguna parte del cuerpo;
- 3** ocasionar una falla en el funcionamiento de algún órgano o parte del cuerpo;
- 4** causar desfiguración grave;
- 5** en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la asegurada o de su hijo por nacer.

“Problema de salud mental de emergencia” significa:

Cualquier problema de salud mental, sin importar la naturaleza o la causa del mismo, que lleve a que alguien con un conocimiento promedio de salud y medicina se dé cuenta de lo siguiente:

- 1 el problema requiere intervención o atención médica inmediata, sin la cual el asegurado podría representar un peligro para sí mismo o para terceros; o
- 2 hace que el asegurado sea incapaz de controlar, saber o entender los resultados de sus acciones.

Llame al **988** si usted o alguien que conoce está teniendo una crisis de salud mental o por abuso de sustancias.

“Servicios de emergencia” y “atención médica de emergencia” significan lo siguiente:

Servicios incluidos para pacientes hospitalizados y ambulatorios brindados por un profesional médico que está calificado para ofrecer esos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia o un problema de salud mental de emergencia, incluidos los servicios de atención posterior a la estabilización.

Qué hacer en caso de emergencia

Llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir atención médica de emergencia.

Debe acudir a la sala de emergencias en los siguientes casos:

- Presenta riesgo de muerte.
- Tiene dolor de pecho.
- No puede respirar o se ahoga.
- Se desmayó o tiene convulsiones.
- Siente malestar por intoxicación o sobredosis.
- Tiene un hueso roto.
- Tiene sangrado intenso.
- Está a punto de dar a luz.
- Presenta una lesión, quemadura o reacción alérgica graves.
- Lo mordió un animal.

- Siente que representa un peligro para usted u otras personas.

Diríjase al hospital más cercano si tiene alguno de estos problemas u otras emergencias. Puede llamar al **911** para obtener ayuda para ir a la sala de emergencias. Si necesita ayuda para decidir si debe llamar al doctor, dirigirse a una clínica de atención médica inmediata, a una sala de emergencias o tratar el problema por su cuenta, llame a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me atiendan?

Lo atenderán lo antes posible. Tendrá cobertura para los servicios de emergencia, incluso si el profesional médico no participa en su red.

Deberá llamar al PCP después de la emergencia para que pueda planificar su atención médica de seguimiento.

Llame al **911** si necesita transporte de emergencia. No necesita la aprobación de BCBSTX para el transporte en caso de emergencia médica.

Tipo de atención médica	¿Cuánto debo esperar para que yo o mi hijo recibamos atención?
Atención médica de rutina	Dentro de los 14 días
Atención médica inmediata	Dentro de las 24 horas
Atención médica de emergencia	Lo antes posible

Posestabilización**¿Qué es la posestabilización?**

Los servicios de atención de posestabilización son servicios con cobertura de Medicaid que lo mantienen estable después de recibir atención médica de emergencia.

PARTE 7

Servicios incluidos en la cobertura

Servicios médicos

¿Cuáles son mis servicios médicos?

BCBSTX le ofrece servicios médicos y acceso a la atención médica para que mantenga su salud. También incluimos la atención médicamente necesaria que incluye Medicaid.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su PCP ordenará los servicios médicamente necesarios. Solo pagaremos los servicios incluidos en la cobertura. Es posible que, para recibir algunos servicios incluidos en la cobertura, primero necesite la aprobación de BCBSTX. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios incluidos en la cobertura y si primero se necesita una aprobación, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿A qué número debo llamar con respecto a estos servicios?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Tienen límites los servicios incluidos en la cobertura?

Sí. Todos los servicios tienen que ser médicamente necesarios. Algunos servicios no están incluidos en la cobertura de BCBSTX, pero pueden tener cobertura de agencias estatales. Se describen en la **Parte 10: Servicios adicionales para asegurados con cobertura STAR**.

¿Qué servicios no están incluidos?

A continuación, se describen algunos ejemplos de beneficios y servicios que no están incluidos en la cobertura de BCBSTX y el programa STAR. Si no está seguro de que sus opciones de tratamiento sean un servicio incluido, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Solo pagaremos aquellos servicios que hayamos aprobado y que se consideren médicamente necesarios.

Los servicios sin cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:

- servicios, suministros y equipos médicos que no son médicamente necesarios;
- procedimientos que son nuevos o que aún están en evaluación;
- operaciones cosméticas que no son médicamente necesarias;
- suplementos nutricionales o medicamentos para perder peso;
- cualquier servicio recibido fuera de Estados Unidos.

¿Cómo evalúa BCBSTX las nuevas tecnologías para integrarlas como servicio incluido?

Las nuevas tecnologías son revisadas y evaluadas por el Comité de Revisión de Políticas Médicas. La decisión de incluirlas como servicios con cobertura depende del tipo de tratamiento que se considere médicamente necesario. Para obtener más información sobre qué significa “médicamente necesario”, consulte la **Parte 8: Servicios con valor agregado**.

Servicios incluidos en la cobertura

La lista a continuación le informa cuáles son los beneficios y servicios incluidos en esta cobertura. Todos los servicios tienen que ser médicamente necesarios.

Esto incluye lo siguiente:

- consultas al PCP, a especialistas (con aprobación previa) u otros profesionales médicos;
- exámenes físicos de rutina para niños desde el nacimiento hasta los 20 años y exámenes preventivos anuales para adultos a partir de los 21 años.

Beneficio o servicio con cobertura	Información detallada o limitaciones
Servicios de ambulancia	Incluyen los servicios de una ambulancia autorizada o de una compañía de ambulancias aéreas, en casos de emergencia únicamente. No es necesaria nuestra aprobación para los servicios de ambulancia en casos de emergencia.
Exámenes anuales de prevención para adultos	• Para asegurados de 21 años o más.
Servicios de audiología	• Los aparatos auditivos se incluyen en la cobertura de los asegurados de 21 años o más cuando sean médicamente necesarios. • El programa Pasos Sanos de Texas brinda servicios de audiología y aparatos auditivos desde el nacimiento hasta los 20 años.
Servicios de salud mental	• Servicios de salud mental para niños hospitalizados (niños desde el nacimiento hasta los 20 años). BCBSTX puede prestar estos servicios en un hospital psiquiátrico independiente, en lugar de un centro hospitalario de atención aguda para pacientes internados. • Servicios de atención aguda de salud mental para pacientes internados adultos. • Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. • Servicios psiquiátricos. • Servicios de rehabilitación de salud mental. • Servicios de consejería para adultos (de 21 años o más). • Servicios de modelo de atención médica colaborativa. • Servicios ambulatorios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluidos los siguientes: – evaluación; – manejo de la abstinencia; – tratamiento con consejería; – terapia con apoyo de medicamentos. • Servicios de tratamiento residencial para trastornos por consumo de sustancias que se pueden brindar en un centro de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, en lugar de en un centro hospitalario de atención aguda para pacientes internados: – manejo de la abstinencia; – tratamiento para trastornos por consumo de sustancias (incluye la comida y estadía).

Beneficio o servicio con cobertura	Información detallada o limitaciones
Servicios de parto	Servicios de parto prestados por un médico, enfermero partero con certificación (CNM, en inglés), practicante de enfermería (NP, en inglés), un enfermero especialista profesional (CNS, en inglés) y un asistente médico (PA, en inglés) en un centro de maternidad con certificación.
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento para el cáncer	Es posible que sea elegible para recibir servicios de detección y diagnóstico de cáncer de mama o de cuello uterino sin costo o de bajo costo si cumple con todos los siguientes criterios: • Vive en Texas. • No tiene seguro médico. • Tiene 18 años o más. • Tiene ingresos que no excedan el 200% del nivel federal de pobreza.
Servicios quiroprácticos	Incluye servicios que lo ayudan a mantener derechas la columna vertebral y otras estructuras del cuerpo. No necesita nuestra aprobación para consultar a un quiropráctico de nuestra red.
Medicamentos y productos biológicos	• Proporcionados a pacientes internados. • Proporcionados a pacientes ambulatorios, incluidos los medicamentos y productos biológicos preparados en farmacias y administrados por un profesional médico.
Equipo médico duradero y suministros (equipo médico para utilizar en el hogar)	• Tienen que ser médicamente necesarios. • Deben estar dentro de los límites de los servicios incluidos de Medicaid. • Necesitan nuestra aprobación.
Servicios de intervención temprana en la infancia (ECI, en inglés)	Consulte la PARTE 10 para obtener más información.
Servicios de emergencia	• Sala de emergencias. • Servicios de ambulancia. • No necesitan aprobación.
Servicios de planificación familiar	• Consultas médicas por control de la natalidad. • Matrimonio y planificación familiar, servicios educativos y de consejería. • Anticonceptivos, incluidos los métodos anticonceptivos de acción prolongada (LARC, en inglés).

Beneficio o servicio con cobertura	Información detallada o limitaciones
Servicios de atención médica a domicilio	- Algunos servicios tienen cobertura en su casa cuando son médicamente necesarios. Entre ellos, se incluyen los siguientes: - servicios de auxiliar de salud en el hogar; - terapia del habla; - consultas de terapia física; - consultas de terapia ocupacional; - equipo médico duradero; - suministros médicos descartables. - Necesitan nuestra aprobación.
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	- Habitación de hospital con dos o más camas. - Atención de enfermería. - Sala de operaciones. - Cirugía. - Anestesia. - Necesitan nuestra aprobación.
Servicios de laboratorio	Todos los servicios autorizados de laboratorio.
Mastectomía, reconstrucción de mamas y procedimientos de seguimiento relacionados	- Se incluyen servicios para pacientes hospitalizados; servicios para pacientes ambulatorios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de atención médica ambulatoria si son clínicamente adecuados, y servicios médicos y profesionales proporcionados en un consultorio o en un centro para pacientes internados o ambulatorios en los siguientes casos: - todas las etapas de la reconstrucción de mamas en las que se practicó una mastectomía médicamente necesaria; - cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; - tratamiento de complicaciones físicas que puedan surgir de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas; - mastectomía profiláctica para evitar el desarrollo de cáncer de mama. - Prótesis mamarias externas en casos en que se practicó una mastectomía médicamente necesaria.
Chequeos médicos y servicios del Programa de Atención Médica Integral (CCP, en inglés) para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años) a través del programa Pasos Sanos de Texas	Como los siguientes: - enfermería privada; - servicios de atención pediátrica extendida prescrita proporcionados en un centro médico (PPECC, en inglés); - servicios de un profesional con certificación de cuidado respiratorio; - terapias (física, ocupacional y del habla); - diagnóstico y tratamiento médicamente necesarios.
Servicios de rehabilitación de salud mental	Servicios que apoyan la independencia en el hogar y en la comunidad.

Beneficio o servicio con cobertura	Información detallada o limitaciones
Gestión de servicios de salud mental para grupos específicos	• Asistencia para apoyo y servicios médicos, sociales y educativos. • Incluida en la cobertura cuando sea médicamente necesario.
Servicios de un ginecólogo-obstetra	• Atención relacionada con el embarazo. • Atención para problemas médicos de ginecología-obstetricia. • Un examen preventivo por año.
Evaluación oral y barniz de fluoruro proporcionados por el hogar médico	En conjunto con el chequeo médico del programa Pasos Sanos de Texas para niños desde los seis meses hasta los 36 meses de vida.
Ortótica y prótesis	• Partes necesarias, como brazos y piernas artificiales, y las piezas para sujetarlas. • Abrazaderas, férulas o soportes para pie y tobillo. • Incluidas en la cobertura cuando sean médicamente necesarias.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	• Diálisis. • Transfusiones de sangre. • Necesitan aprobación de BCBSTX.
Podiatría	Entre los servicios incluidos en la cobertura se encuentran los siguientes: • Atención para problemas médicos en los pies. • Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades, lesiones o defectos en los pies.
Atención del embarazo y la maternidad	• Embarazo. • Atención posparto que sea médicamente necesaria. • Exámenes para recién nacidos.
Medicamentos con receta	• En BCBSTX, se utiliza una lista de medicamentos preferenciales. • La mayoría de los medicamentos genéricos y de venta libre están incluidos en la cobertura. • Algunos medicamentos, incluidos los medicamentos de marca, requieren la aprobación de BCBSTX.
Servicios de atención médica preventiva	Servicios como vacunas, educación y consejería y pruebas preventivas que se prestan para ayudar a prevenir enfermedades, dolencias y otros problemas relacionados con la salud.
Servicios de atención médica primaria	Se incluyen los exámenes preventivos.

Beneficio o servicio con cobertura	Información detallada o limitaciones
Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías	• Pruebas y radiografías con las siguientes características: – No sean invasivas. – Se realicen para detectar un problema. – Las ordene y las realice su profesional médico (o bajo su supervisión). – Sean mamografías para asegurados de 35 años o más. • Las tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y tomografías computarizadas por emisión de un solo fotón requieren nuestra aprobación.
Servicios de médicos especialistas	Médicos especialistas que se ocupan de un área específica de la medicina o de un grupo de pacientes para diagnosticar, cuidar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y problemas de salud.
Telesalud	Servicios de atención médica que presta un profesional médico que cuenta con licencia, certificación o habilitación para ejercer en Texas (y que no es un médico con licencia ni un profesional médico que se desempeña bajo la supervisión de un médico). Los servicios de telesalud podrían ofrecerse por teléfono o en línea.
Telemedicina	Servicios de atención médica que presta un médico con licencia o un profesional médico que se desempeña bajo la supervisión de un médico. Los servicios de telemedicina podrían ofrecerse por teléfono o en línea.
Telecontrol	Comunicación de los valores de síntomas o de otros datos de pruebas físicas, que incluyen frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno y peso. Esta información se transmite directamente a los profesionales médicos a través de un sistema electrónico automático o de ingreso de datos por Internet o teléfono.
Chequeos del programa Pasos Sanos de Texas	• Vacunas de rutina. • Pruebas de laboratorio. • Servicios del Programa de Atención Médica Integral para asegurados de hasta 20 años de edad.
Terapias (física, ocupacional y del habla)	Necesitan nuestra aprobación. Estos servicios están incluidos en la cobertura cuando los ordena un médico y forman parte de un plan de atención médica por escrito.
Trasplante de órganos y tejidos	• Trasplantes de tejido y órganos humanos que ya no se encuentran en evaluación. • Todos los trasplantes de córnea, médula ósea y células madre periféricas que ya no se encuentran en evaluación. • Necesitan nuestra aprobación.
Servicios para la vista	Un examen de la vista cada 12 meses.

Coordinación de servicios

¿Qué es la coordinación de servicios? ¿Qué hará el coordinador de servicios por mí?

Coordinación de servicios es un beneficio que se ofrece a los asegurados con necesidades especiales de atención médica. Los coordinadores de servicios trabajan junto con usted para elaborar un plan para coordinar los servicios de su PCP, los prestadores de servicios médicos especializados y los prestadores de servicios que no sean médicos. Si tiene necesidades especiales de atención médica, Coordinación de Servicios puede ayudarle a tener acceso a servicios y recursos a su disposición, además de enseñarle cómo usarlos correctamente. Los coordinadores de servicios se ponen en contacto con todos los asegurados mientras son pacientes internados. El coordinador de servicios colaborará con su prestador de servicios médicos o centro en la planificación del alta para brindarle ayuda a usted o a su hijo a fin de tener una transición sin dificultades cuando regrese a la comunidad.

Si tiene una enfermedad crónica, es posible que nuestra coordinación de servicios pueda ayudarlo a aliviar su problema médico. Para obtener más información, consulte la **Parte 11: Programas para ayudarlo a estar saludable**.

¿Cómo puedo comunicarme con un coordinador de servicios? ¿Cómo puedo acceder a la coordinación de servicios?

Si desea tener acceso a la coordinación de servicios, llame al **1-877-214-5630**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

Servicios de salud mental

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

No necesita un referido de su PCP para los servicios de tratamiento de trastornos de salud mental o consumo de sustancias, pero podría hablar con su PCP sobre el tema. Llame a Coordinación de Servicios al **1-877-214-5630** o al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**) para que lo ayuden a encontrar servicios de tratamiento o para planificar el alta.

¿Necesito un referido?

No necesita un referido del PCP ni la aprobación de BCBSTX para recibir servicios de salud mental o tratamiento por consumo de sustancias. Sin embargo, tiene que consultar a un profesional médico de la red. Si necesita ayuda para encontrar un profesional de la red, comuníquese con el coordinador de servicios de su hijo o suyo o con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Rehabilitación de salud mental y administración especializada de casos clínicos

¿Cuáles son los servicios de rehabilitación de salud mental y de administración especializada de casos clínicos de salud mental?

BCBSTX ofrece estos servicios a los asegurados con cobertura STAR. Si usted es adulto y tiene una enfermedad mental o necesidades emocionales o tiene un hijo que las tenga, este beneficio puede ayudarles a aprender a estar lo mejor posible día a día. BCBSTX puede ayudar con lo siguiente:

- administración de los medicamentos para reducir los síntomas y tener mayor independencia;
- entrenamiento para ayudarlo a hablar con su familia, amigos y docentes sobre cómo pueden trabajar en conjunto para controlar sus síntomas;
- asistencia personalizada para sobrellevar una crisis emocional o mental;
- programa diurno si necesita ayuda adicional para controlar sus síntomas.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para recibir ayuda relacionada con los servicios de salud mental y los tratamientos por el abuso de alcohol y drogas.

¿Qué es un servicio sustitutivo?

Los servicios sustitutivos (ILOS, en inglés) son servicios opcionales, brindados en ámbitos de atención opcionales. Los ofrece BCBSTX y sustituyen la hospitalización estándar que brinda Medicaid. Este tipo de atención médica está diseñado para brindar a los asegurados la atención médica adecuada en el ámbito más adecuado para sus necesidades específicas.

¿Quiénes son elegibles para estos servicios?

Todos los asegurados con cobertura STAR pueden obtener los servicios sustitutivos. Pero quienes tienen la cobertura de BCBSTX pueden elegir no aprovecharlos y recibir los servicios con hospitalización incluidos en la cobertura.

¿Qué servicios se ofrecerán?

Servicios de hospitalización en una institución para enfermedades mentales (IMD, en inglés):

los asegurados pueden elegir recibir tratamiento para sus necesidades imprevistas de salud mental en un centro especial de salud mental, en lugar de recibirlos en un hospital estándar. Esta opción de tratamiento está disponible para asegurados de entre 21 y 64 años, por un máximo de 15 días calendario al mes.

Servicios de hospitalización parcial:

a estos servicios también se hace referencia como “programa diurno”, ya que son servicios que no requieren pasar la noche en el hospital. Ofrecen apoyo para la salud mental y para trastornos por consumo de sustancias. En un programa diurno se puede obtener el mismo tipo de tratamiento intensivo y estructurado que se obtendría durante una hospitalización breve.

Servicios intensivos para pacientes ambulatorios (IOP, en inglés):

son programas destinados a ayudar a personas con problemas de salud mental o de consumo de sustancias. No hace falta vivir en el centro médico ni pasar el día entero allí. Estos programas ofrecen apoyo durante unas pocas horas al día, con asesoramiento grupal, educación y clases para adquirir habilidades para la vida.

Servicios de coordinación de atención médica especializada (CSC, en inglés):

son para personas con psicosis de inicio precoz. Dicha afección puede dificultarles distinguir qué es real y qué no. Un equipo se dedica a la persona para elaborar un plan médico que cubra sus necesidades específicas. El programa es para personas de 15 a 30 años que hayan recibido el diagnóstico de psicosis en los últimos

dos años y residan cerca de un prestador de servicios de coordinación de atención médica especializada.

¿Cómo se accede a estos servicios y ámbitos de atención?

Si necesita ayuda para buscar un prestador de este tipo de servicios, llame a Coordinación de Servicios al **1-877-214-5630**.

Programa para dejar de fumar

Un coordinador de servicios médicos puede conectarlo con recursos que le ayudarán a dejar de fumar. Llame a la línea de ayuda para dejar de fumar al **1-877-262-2674** (TTY: **711**).

Servicios dentales

¿Qué servicios dentales incluye BCBSTX para los niños? ¿Están incluidos los servicios dentales de emergencia?

BCBSTX incluye servicios dentales de emergencia limitados en hospitales o centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios, entre ellos, los siguientes:

- Tratamiento para luxación mandibular.
- Tratamiento para traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales en los dientes o las encías.
- Hospital, doctores y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de los problemas médicos anteriores.

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

BCBSTX también es responsable del pago del tratamiento y los dispositivos para anomalías craneofaciales (defectos de la cabeza o los huesos faciales).

La cobertura dental de Medicaid de su hijo ofrece todos los otros servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Comuníquese con la cobertura dental de Medicaid de su hijo para conocer más sobre los servicios dentales que ofrecen. Los números de teléfono de estos servicios figuran en la parte de adelante de este manual.

¿Qué hago si mi hijo o yo necesitamos servicios dentales de emergencia?

Durante el horario habitual de atención, llame a su dentista primario o al de su hijo para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos sin costo al **1-888-657-6061** o llame al **911**. Los asegurados que tengan impedimentos auditivos o del habla pueden llamar a la línea TTY al **711** o llamar al **911**.

¿Cómo busco un dentista?

Si desea encontrar un dentista, llame a su seguro dental. Si no sabe cuál es su cobertura dental, llame a Maximus al **1-800-964-2777**.

Servicios con consentimiento del menor

Los asegurados de STAR que tengan entre 12 y 18 años de edad pueden consultar a un médico sin el consentimiento de sus padres o tutores para recibir los siguientes servicios:

- servicios de planificación familiar, incluido el control de la natalidad;
- servicios relacionados con el embarazo;
- pruebas para detectar y tratar enfermedades de transmisión sexual (ITS) (STI, en inglés);
- pruebas de VIH/sida;

- tratamiento por abuso sexual;
- tratamiento por abuso de alcohol y drogas;
- servicios médicos ambulatorios de salud mental para los siguientes casos:
 - abuso físico o sexual;
 - cuando la persona se lastima a sí misma o a otros.

No necesita la aprobación del PCP para recibir estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar a un médico o una clínica que brinde estos servicios, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line.

Los médicos que consulte pueden informar a sus padres si consideran que estos servicios son lo mejor para usted. No somos responsables de que los profesionales médicos que no participan en la red protejan la privacidad de su expediente médico.

¿Qué es el programa Pasos Sanos de Texas?

¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

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

Pasos Sanos de Texas le brinda al niño:

- Exámenes médicos periódicos gratis, a partir del nacimiento.
- Chequeos dentales sin costo a partir de los 6 meses de edad.
- Un profesional asignado al caso que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtener estos servicios.

Los chequeos de Pasos Sanos de Texas:

- Encuentran problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.

- Evitan problemas de salud que dificultan que su hijo aprenda y crezca como otros niños de su edad.
- Ayudan a su hijo a tener una sonrisa sana.

Cuándo programar un examen:

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

Si el doctor o dentista encuentra un problema de salud durante un chequeo, los niños pueden recibir la atención que necesitan; por ejemplo:

- chequeos de la vista y anteojos;
- pruebas de la audición y audífonos;
- atención dental;
- otros tipos de atención médica;
- tratamiento de otros problemas médicos.

Comuníquese sin costo con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o Pasos Sanos de Texas llamando al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) si necesita lo siguiente:

- Necesita ayuda para buscar médicos o dentistas.
- Necesita ayuda para programar un chequeo.
- Tiene preguntas sobre los chequeos o sobre Pasos Sanos de Texas.
- Necesita ayuda para encontrar y recibir otros servicios.

Si no tiene cómo llevar a su hijo al chequeo, Medicaid tal vez pueda ayudar. Los niños con Medicaid y sus padres pueden recibir sin costo servicios de transporte de ida y vuelta al médico, dentista, hospital o a la farmacia. Llame a MTM Health al **1-866-824-1565** o al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para que lo ayuden a elegir un médico del programa Pasos Sanos de Texas. También puede consultar el directorio en línea Provider Finder en el sitio web para asegurados, espanol.bcbstx.com/medicaid.

¿Cómo y cuándo debo llevar a mi hijo a los chequeos médicos y dentales del programa Pasos Sanos de Texas?

Los chequeos médicos del programa Pasos Sanos de Texas comienzan desde el nacimiento. Pregúntele al PCP de su hijo cuándo debe llevarlo al próximo chequeo. Su hijo podrá hacerse chequeos dentales desde los seis meses de vida y deberá hacérselos cada seis meses.

- Si tiene problemas para programar un chequeo, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.
- El programa Pasos Sanos de Texas le enviará una carta para recordarle cuándo le toca el próximo chequeo médico.

¿Es necesario que mi médico participe en la red de BCBSTX?

Los servicios del programa Pasos Sanos de Texas son ofrecidos por los prestadores de servicios médicos de dicho programa de BCBSTX. No es necesario que el prestador de estos servicios sea el PCP de su hijo, pero sí debe participar en la red de BCBSTX. Puede buscar un médico del programa Pasos Sanos de Texas en espanol.bcbstx.com/medicaid.

¿Necesito un referido?

No se necesita la aprobación del prestador de atención médica primaria de su hijo para los chequeos médicos o dentales del programa Pasos Sanos de Texas.

¿Qué hago si necesito cancelar una cita? ¿Qué hago si estoy fuera de la ciudad y a mi hijo le toca un chequeo del programa Pasos Sanos de Texas?

Llame al doctor tan pronto como sepa que su hijo no podrá acudir al chequeo del programa Pasos Sanos de Texas debido a cualquier motivo, incluido encontrarse fuera de la ciudad. Si necesita ayuda para programar una nueva cita, llame a Compromiso con el Asegurado al **1-877-375-9097** (TTY: 711).

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

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

¿Quién califica como un trabajador de campo migrante?

Se lo considera un trabajador de campo migrante si es un trabajador que se moviliza entre distintas áreas agrícolas. Como regla general, un trabajador de campo migrante se define como una persona que cumple con todos estos criterios:

- su empleo principal es la agricultura por temporada;
- ha trabajado en este tipo de empleo durante los últimos 24 meses;
- realiza cualquier actividad que esté relacionada con la producción o el procesamiento de cultivos, productos lácteos, productos avícolas o ganaderos para la venta comercial inicial o como medio principal de subsistencia personal;
- establece un lugar provisional para vivir, con el propósito de trabajar en un empleo agrícola temporal.

Los recordatorios para los chequeos del programa Pasos Sanos de Texas se envían por correo a la dirección de su familia que la HHSC tiene registrada.

Servicios de atención médica para la mujer

¿Qué pasa si necesito atención de un ginecólogo-obstetra? ¿Tengo derecho a elegir uno?

ASEGURADAS DE BCBSTX, ¡ATENCIÓN!:

En BCBSTX le permitimos escoger a un ginecólogo-obstetra, pero este médico tiene que estar en la misma red que su PCP.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecólogo-obstetra sin un referido a servicios del PCP. Un ginecólogo-obstetra puede proporcionarle servicios de atención médica preventiva que incluyen, entre otros:

- un chequeo preventivo todos los años;
- atención prenatal;
- atención para problemas médicos de ginecología-obstetricia;
- chequeos de las mamas;
- mamografías;
- pruebas de Papanicolaou;
- referidos para consultar a un especialista de la red.

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

Usted puede designar a un ginecólogo-obstetra como su PCP. También puede consultar a un ginecólogo-obstetra de la red en cualquier momento que lo necesite.

¿Cuánto debo esperar para recibir atención después de comunicarme con el ginecólogo-obstetra para programar una cita?

Debe poder consultar al prestador de servicios médicos dentro de los 14 días calendario siguientes a la fecha en que llamó para programar la cita.

¿Necesito un referido?

No. No necesita un referido ni una autorización previa para consultar a un ginecólogo-obstetra de la red.

¿Puedo seguir atendiéndome con mi ginecólogo-obstetra si no participa en la red de BCBSTX?

El ginecólogo-obstetra tiene que estar en la misma red que el PCP. No se necesita un referido para consultar a un ginecólogo-obstetra. Una asegurada embarazada a la que le queden 12 semanas o menos hasta la fecha posible de parto puede permanecer con su ginecólogo-obstetra actual hasta su control posparto. Esto será así aunque el ginecólogo-obstetra no forme parte de la red o se retire de la red.

¿Cómo elijo a un ginecólogo-obstetra?

Consulte el *Directorio de prestadores de servicios médicos* o el directorio en línea Provider Finder para elegir un ginecólogo-obstetra.

Si está embarazada, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Podemos ayudarla a obtener la atención que necesita y a elegir un PCP para el bebé.

Servicios de planificación familiar

La planificación familiar puede enseñarle lo siguiente:

- cómo estar lo más saludable posible antes de un embarazo;
- cómo evitar su embarazo o el de su pareja;
- cómo evitar que se contagie de enfermedades.

Entre los servicios de planificación familiar con cobertura, se incluyen los siguientes:

- consultas médicas por control de la natalidad;
- planificación, educación y asesoramiento para el matrimonio y la familia;
- anticonceptivos, incluidos los de acción prolongada (LARC, en inglés);
- pruebas de embarazo;
- pruebas de laboratorio;
- pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual;
- esterilización.

¿Necesito un referido?

No necesita la aprobación de su PCP para recibir ayuda con la planificación familiar. No es necesario que el profesional participe en la red de BCBSTX. Usted puede consultar a cualquiera de los siguientes prestadores de servicios médicos acreditados:

- clínica de planificación familiar;
- ginecólogo-obstetra;
- prestador de atención médica primaria;
- enfermero partero o profesional médico.

Límites

Algunos servicios no están incluidos en la cobertura, por ejemplo, los siguientes:

- cirugías para revertir una esterilización;
- tratamientos de fertilidad:
 - inseminación artificial,
 - fertilización *in vitro*.

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

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Puede encontrar en Internet la dirección de los profesionales médicos de planificación familiar cercanos en <https://www.healthytexaswomen.org/es/encuentre-un-medico> o puede comunicarse

con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente llamando al **1-888-657-6061** para recibir ayuda para encontrar a un profesional médico de planificación familiar.

Atención durante el embarazo

¿Qué hago si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?

Cuando sepa que está embarazada, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Podemos ayudarla a encontrar un ginecólogo-obstetra y un hospital de la red.

También podemos ayudarla a obtener la siguiente información:

- Cuidados durante el embarazo.
- Información sobre Special Beginnings, nuestro programa prenatal. Este programa le ofrece orientación sobre la atención prenatal, educación sobre posibles riesgos durante el embarazo y apoyo durante todas las etapas del embarazo. El programa cuenta con enfermeros especializados que se comunican con las pacientes para controlar su evolución y asegurarse de que estén siguiendo los planes de atención establecidos por los médicos. Para obtener más información sobre Special Beginnings, consulte la **Parte 11: Programas para ayudarlo a estar saludable**.
- Pruebas que sean necesarias, como las ecografías.
- Información sobre servicios incluidos en la cobertura.
- Servicios con valor agregado a disposición de las aseguradas embarazadas.

Entre los servicios incluidos en la cobertura se encuentran los siguientes:

- Consultas al médico y todos los servicios profesionales para el embarazo, problemas durante el embarazo y atención después del parto cuando sea médicamente necesaria.
- Servicios de parto que presta un enfermero partero con certificación en un centro de maternidad.
- Una consulta de seguimiento para la madre y el bebé dentro de las 48 horas después de recibir el alta temprana cuando lo solicite el médico a cargo.
 - Un alta temprana corresponde a una estadía en el hospital de menos de 48 horas (dos días) para un parto vaginal y menos de 96 horas (cuatro días) para una cesárea.
- Parto vaginal y cesárea.
- Exámenes para el recién nacido.
- Servicios que preste un enfermero partero o un médico de familia.
- Programa prenatal.
- Las pruebas que sean necesarias, como los ultrasonidos.
- Consejería sobre el VIH, pruebas para detectarlo y tratamiento (puede negarse a realizarse la prueba del VIH).
- Servicios que preste un enfermero partero, que, además, puede ser su PCP.

¿Cuándo debo programar una cita con mi PCP? ¿Cuánto debo esperar para recibir atención después de comunicarme con el ginecólogo-obstetra para programar una cita?

Debe programar su primera consulta de atención médica prenatal lo antes posible, pero no después de los 42 días de haber

solicitado la cobertura o antes de que termine el primer trimestre (los primeros tres meses) del embarazo.

- Un médico debe atenderla dentro de los siguientes plazos:
 - dentro de los 14 días calendario desde la fecha de su llamada si está en el primer trimestre del embarazo;
 - dentro de los 7 días calendario desde la fecha de su llamada si está en el segundo trimestre del embarazo;
 - dentro de los 5 días hábiles desde la fecha de su llamada, si está en el último trimestre (los últimos 3 meses) del embarazo.

Llame al ginecólogo-obstetra y programe una cita de inmediato si tiene una emergencia. También debe llamar al ginecólogo-obstetra si considera que tiene un problema médico de alto riesgo relacionado con el embarazo.

¿Qué otros servicios, actividades o información educativa ofrece BCBSTX a las aseguradas embarazadas?

Podemos proporcionarle información acerca de lo siguiente:

- cómo cuidar de usted y de su bebé;
- novedades sobre atención médica perinatal y lactancia;
- cómo elegir a un PCP para su bebé.

Como parte de los servicios con valor agregado para las aseguradas embarazadas con cobertura, ofrecemos clases prenatales para enseñarles cómo cuidarse y atender a su bebé. Estas clases no tienen ningún costo para usted. Para obtener más información, consulte la **Parte 8: Servicios con valor agregado**.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

El médico la ayudará a encontrar un centro donde pueda dar a luz. También puede encontrar centros de maternidad en línea, en <https://www.healthytexaswomen.org/es>, o llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para encontrar un hospital donde pueda dar a luz.

Cómo solicitar cobertura médica para un recién nacido

¿Puedo elegir a un PCP para mi bebé antes de que nazca?

Sí, puede escoger a un PCP para su bebé antes de dar a luz. Si todavía no nos llamó para elegir a un PCP para su bebé, puede hacerlo después de que nazca. Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para elegir al PCP de su bebé. Si no elige a un PCP, elegiremos uno por usted.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?

Comunique que está embarazada al encargado del caso en la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC, en inglés). Después de que nazca su bebé, recibirá un formulario 3087 de Medicaid. Esto significa que el bebé es parte de la cobertura médica del padre o madre asegurado por 90 días desde la fecha de nacimiento.

¿Cuándo y cómo informo a la aseguradora?

Debe llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente en cuanto dé a luz.

¿Cuándo y cómo le informo al encargado del caso?

Si tiene un coordinador de servicios de Special Beginnings, debe llamarlo apenas nazca el bebé. Puede llamar sin costo a Special Beginnings al **1-888-421-7781**. Special Beginnings puede ayudarla con consejos y educación sobre la lactancia o responder cualquier duda que tenga después del parto.

Si participa en el programa Special Beginnings antes de dar a luz, un enfermero la llamará cerca de la fecha prevista de parto para preguntarle cómo está y saber si ya dio a luz. Si el bebé nació antes de la fecha prevista de parto o si no recibe una llamada de un enfermero de Special Beginnings, llame al **1-888-421-7781** para comunicar el nacimiento.

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

En la mayoría de los casos, es aconsejable que tenga el mismo PCP, para que el médico conozca las necesidades de salud y los antecedentes de su bebé. Si necesita cambiar el PCP de su bebé, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. También puede llamar a la línea de Compromiso con el Asegurado al **1-877-375-9097**. Queremos que esté satisfecha con el PCP de su bebé.

Puede cambiar el PCP de su bebé en cualquier momento siempre que el pequeño no esté en el hospital.

- Si elige a un PCP que no está aceptando nuevos pacientes, la ayudaremos a elegir a otro.
- Tenga en cuenta que si cambia de PCP con frecuencia, es posible que la atención médica de su bebé no sea tan buena como podría serlo.

- Si elige cambiar, pida que se envíe el expediente médico de su bebé al nuevo PCP. El cambio de PCP entra en vigor en la fecha en que se realiza.
- Recibirá otra tarjeta de asegurado de BCBSTX con el nombre y los datos de contacto del nuevo PCP.

¿Puedo cambiar la cobertura médica de mi bebé?

Por lo menos durante 90 días después de su nacimiento, el bebé tendrá cobertura bajo el mismo seguro médico que usted tiene. Usted puede pedir un cambio de cobertura médica antes de los 90 días llamando al corredor de seguros responsable de las solicitudes de cobertura al **1-800-964-2777**.

No puede cambiar de cobertura médica mientras el bebé esté en el hospital.

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

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

Programa de Salud para la Mujer de Texas

El Programa de Salud para la Mujer de Texas brinda exámenes de planificación familiar, exámenes preventivos relacionados y control de la natalidad a las mujeres de entre 18 y 44 años cuyos ingresos del hogar no exceden los límites de ingresos del programa (185% del nivel federal de pobreza). Usted tiene que presentar una solicitud para saber si puede recibir servicios por medio de este programa.

Para más información acerca de los servicios disponibles por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas, escriba, llame o visite el sitio web del programa:

Healthy Texas Women Program

PO Box 14000

Midland, Texas 79711-9902

Teléfono: **1-800-335-8957**

Sitio web:

<https://www.healthytexaswomen.org/es>

Fax: **1-866-993-9971** (sin costo)

Programa para la Atención Médica Primaria de la HHSC

El programa para la Atención Médica Primaria de la HHSC atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir ese tipo de atención por medio de un seguro u otro programa. Para obtener servicios por medio de este programa, la persona interesada tiene que ser residente de Texas y sus ingresos no deben exceder los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Además, para recibir estos servicios, una persona no puede aceptar al mismo tiempo los mismos programas o servicios de una organización que no sea la HHSC. Las personas aprobadas para recibir servicios tendrán que pagar un copago, pero a nadie se le niegan los servicios por falta de dinero.

El programa de Atención Médica Primaria se centra en la prevención de enfermedades y la detección e intervención tempranas de problemas de salud. Estos son los principales servicios que se ofrecen:

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

Los servicios secundarios que se podrían prestar son servicios de nutrición, exámenes preventivos, atención médica en el hogar, servicios dentales, transporte a las citas médicas, medicamentos que ordena el médico (medicamentos con receta), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies (servicios de podiatría) y servicios sociales.

Usted podrá solicitar los servicios del programa de Atención Médica Primaria en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede completar la solicitud, vaya al buscador de clínicas de los Servicios de Salud Familiar y Comunitaria de la HHSC en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios que puede recibir a través del programa para la Atención Médica Primaria, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web:

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/salud/programa-de-atencion-medica-primaria>

Teléfono: **1-800-222-3986**, ext. 5320

Correo electrónico:
PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

Programa para la Atención Médica Primaria de la HHSC ampliado

El programa para la Atención Médica Primaria ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o más cuyos ingresos no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por la HHSC, que pertenece al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS, en inglés). Los promotores comunitarios de la salud ayudan a asegurar que

las mujeres reciban los servicios de prevención y detección que necesitan. Algunas clínicas podrían ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede completar la solicitud, vaya al buscador de clínicas de los Servicios de Salud Familiar y Comunitaria de la HHSC en <http://txclinics.com/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa para la Atención Médica Primaria de la HHSC ampliado, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web:

<https://www.healthytexaswomen.org/es>

Llame al **2-1-1**. Elija un idioma y, luego, presione la opción 2. Si no puede comunicarse con el **2-1-1**, llame al **1-877-541-7905** (línea para llamadas sin costo).

Correo electrónico:

PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

También puede enviar su solicitud por correo o fax:

Healthy Texas Women

PO Box 149021

Austin, Texas 78714-9021

Fax (gratuito): **1-866-993-9971**

Programa de Planificación Familiar de la HHSC

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

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

Para obtener más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Planificación Familiar, ingrese en www.healthytexaswomen.org/es, llame sin costo al **1-866-993-9972**, con atención de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro, o envíe un correo electrónico a PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov.

Servicios para la vista

¿Cómo recibo servicios para la vista?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para que lo ayuden a encontrar un prestador de servicios médicos para la vista o consulte el directorio en línea Provider Finder, ingresando en espanol.bcbstx.com/medicaid.

No necesita una autorización previa de su PCP para los servicios para la vista.

Entre los servicios incluidos en la cobertura se encuentran los siguientes:

- Un examen de la vista cada 12 meses.
- Anteojos.
- Lentes de contacto cuando sean médicamente necesarios (porque los anteojos no logran el resultado deseado).
- Beneficio de artículos para la vista mejorados para asegurados de STAR hasta los 18 años inclusive. Consulte la **Parte 8: Servicios con valor agregado** para obtener más información.

PARTE 8

Servicios con valor agregado

¿Qué beneficios adicionales recibo como asegurado de BCBSTX?

En BCBSTX contamos con numerosos servicios con valor agregado (VAS, en inglés) para ayudar a los asegurados a mantenerse saludables. No tienen ningún costo para usted. Dichos servicios incluyen los siguientes:

- beneficio adicional para obtener traslados (traslados, sin costo, para asegurados: para ir a eventos y reuniones, a recibir servicios con valor agregado y a clases aprobadas sobre la salud);
- línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line;
- mejora de anteojos o lentes de contacto (para niños);
- tarjeta de regalo de Pasos Sanos de Texas para niños y adolescentes;
- tarjeta de regalo de incentivo por la vacuna contra el papilomavirus humano (VPH) (HPV, en inglés);
- exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos;
- recompensa por actividades de salud y bienestar;
- servicios de doula para aseguradas que tienen un embarazo de alto riesgo;
- clases en línea prenatales, posparto y para afrontar un duelo;
- tarjeta de regalo por consulta prenatal;
- tarjeta de regalo por consulta posparto;
- educación sobre la lactancia;
- servicios de entrega de comidas a domicilio después de una hospitalización elegible;
- servicios dentales para adultos;
- recursos en línea sobre salud mental (BH, en inglés);
- descuentos en salud y bienestar de Blue365®.



¿Cómo obtengo mi recompensa si obtuve una tarjeta de regalo como un servicio con valor agregado?

Cuando obtiene una tarjeta de regalo como un servicio con valor agregado por haber tomado una decisión saludable, tendrá que registrarse en Healthy Rewards. Para ello, necesitará su tarjeta de asegurado, su fecha de nacimiento y su dirección de correo electrónico para crear una cuenta en **BCBSTX.com/WellnessRewards** y comenzar a usarla. También puede llamarnos al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**) para que le ayudemos a registrarse en Healthy Rewards.

Una vez que se haya registrado, recibirá un correo electrónico informándole que se ha creado su cuenta. Ya estará listo para comenzar a ganar recompensas.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Llame sin costo a los especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**).

Es posible que se apliquen otras restricciones o limitaciones a los servicios con valor agregado. Consúltelas en cada servicio con valor agregado incluido en esta sección.

¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo?

Estas restricciones se aplican a TODAS las tarjetas de regalo de los servicios con valor agregado. La cobertura del asegurado debe estar vigente. El asegurado o uno de sus padres o tutores deben inscribirse a través del portal del programa de recompensas Wellness Rewards para recibir la tarjeta de regalo. La tarjeta no se enviará automáticamente por correo postal si el asegurado no se inscribe.

Las tarjetas de regalo se emiten según las reclamaciones de los prestadores de servicios médicos tras completar el chequeo. Pueden pasar hasta dos meses desde que el médico envía la reclamación a BCBSTX hasta que usted reciba la tarjeta de regalo por haber completado la actividad de salud correspondiente.

La tarjeta de regalo se enviará a la dirección postal que usted tenga registrada en la HHSC. En caso de mudanza, recuerde actualizar su dirección en la HHSC en un plazo de 10 días. No volverá a emitirse una tarjeta de regalo que se haya enviado a una dirección desactualizada registrada en la HHSC.

Beneficio adicional para obtener traslados

Los asegurados con cobertura STAR pueden programar traslados sin costo a través de MTM Health para ir a consultas de atención médica y otros servicios relacionados. Para usar este beneficio deben llamar al **1-866-824-1565**. Este es un servicio incluido en la cobertura de Texas Medicaid. Para obtener más información sobre los servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT, en inglés), consulte la sección 10 de este manual: "Servicios adicionales para asegurados con cobertura STAR". Si MTM Health no puede brindarle el traslado mediante los servicios NEMT, usted puede solicitar el beneficio adicional para obtener traslados con el programa de servicios con valor agregado.

Los asegurados con cobertura STAR pueden ser elegibles para usar los servicios con valor agregado si el tipo de traslado solicitado no se incluye en el programa NEMT. Esto incluye consultas médicas, terapia, clases aprobadas de salud,

consultas en el programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés), eventos y reuniones especiales para asegurados, y servicios de transporte a lugares donde se prestan servicios incluidos en la cobertura para los que el padre o la madre necesita llevar a más de un hijo.

Los servicios fuera del área y del estado deben solicitarse por anticipado con un mínimo de 48 horas y se debe recibir la aprobación previa de BCBSTX antes de que pueda programar el traslado. Es posible que pueda obtener un reembolso de millaje por traslados programados, pero debe contar con aprobación antes del traslado. Llame a MTM Health para programar su traslado.

¿Cómo puedo recibir servicios de transporte? ¿A quién debo llamar para obtener un traslado a una consulta médica?

Los asegurados con cobertura STAR deben llamar primero a nuestro proveedor de servicios de transporte, MTM Health, al **1-866-824-1565** para saber si son elegibles para trasladarse con los servicios NEMT. Si usted no es elegible para recibir los servicios NEMT, consulte si puede obtener un traslado con los servicios de transporte con valor agregado.

Antes de llamar a MTM Health para programar su traslado, tenga la siguiente información a la mano:

- el nombre completo, la dirección actual y el número de teléfono del asegurado;
- el número de asegurado de BCBSTX;
- la fecha y la hora de la consulta;
- el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar al que se dirige;
- el tipo de consulta a la que va;
- si necesita una camioneta para pasajeros con sillas de ruedas u otro tipo de ayuda durante el traslado.

Puede descargar la aplicación móvil MTM Link Member para programar, cambiar o revisar su traslado. Busque “MTM Link Member” en las tiendas virtuales de Google Play® o Apple Store® para descargarla. Asegúrese de tener a la mano una dirección de correo electrónico para crear su cuenta.

Limitaciones: este servicio con valor agregado está destinado a los asegurados con cobertura STAR y a sus representantes legalmente autorizados cuando el transporte para recibir un servicio no está incluido en la cobertura del Programa de Transporte Médico de Texas Medicaid. El transporte como servicio con valor agregado requiere autorización previa.

Obtenga traslados gratuitos para asistir a servicios aprobados no incluidos en Medicaid, como consultas médicas que no sean de emergencia; terapia; farmacias; consultas del programa WIC; eventos y reuniones para asegurados de BCBSTX; clases sobre salud aprobadas, o servicios incluidos en la cobertura a los que el padre o la madre deba llevar a más de un hijo.

El traslado autorizado dentro del área de servicios a una distancia que no supere las 75 millas requiere obtener autorización previa y solicitarlo con dos días hábiles de anticipación. Los traslados que se soliciten con menos de dos días hábiles de anticipación se aprobarán considerando cada caso en particular.

Los traslados para recibir servicios fuera del área y fuera del estado, incluso los servicios de transporte como valor agregado a más de 75 millas para los que se solicite una asignación para alojamiento y comida, se deben solicitar con cinco días hábiles de anticipación.

Es posible que el alojamiento para pasar la noche y el transporte se aprueben en menos de cinco días hábiles, pero eso se hará considerando cada caso en particular. Este servicio no incluye los servicios de transporte en caso de emergencia, que sí están incluidos en la cobertura.

BCBSTX se reserva el derecho de determinar el medio de transporte más adecuado para su solicitud. Los vehículos pueden incluir servicios de traslado compartido, autobuses, trenes u otros medios de transporte público, camionetas, taxis u otro tipo de transporte en automóvil.

El reembolso por servicios de transporte se utilizará para conductores de transporte autorizados si los viajes están preaprobados y validados.

No se incluye el transporte de emergencia.

¿Cómo obtengo el reembolso de los gastos en transporte?

En caso de que el traslado estuviera aprobado antes de la consulta médica, puede solicitar el reembolso de los gastos en transporte que haya afrontado para ir a consultas aprobadas.

Debe solicitarlo a MTM Health, nuestro proveedor de servicios de transporte con valor agregado. Se debe firmar un acuerdo de participante en transporte individual (ITP, inglés). Puede descargar una copia de este documento en

<https://www.mtm-inc.net/texas/members> (vaya a la opción "VER EN ESPANOL").

También puede comunicarse con MTM Health al **1-866-824-1565** (TTY: **711**) para solicitar un paquete con información al respecto. Atienden de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

Complete los documentos y envíelos por correo postal, fax o correo electrónico:

Correo postal: MTM Health ITP Claims
16 Hawk Ridge Circle
Lake St. Louis, MO 63367

Correo electrónico: TXPayee@mtm-inc.net

Fax: 1-844-239-5971

Limitaciones: BCBSTX validará el traslado, y el conductor debe recibir la aprobación antes de realizar el viaje. No recibirá el reembolso si antes no obtiene la aprobación.

¿A quién debo llamar si tengo preguntas o necesito cambiar un traslado programado?

Llame a la línea Where's My Ride al **1-866-824-1565** (TTY: **711**) para consultar sobre los servicios de transporte con valor

agregado. Hay agentes las 24 horas del día, los siete días de la semana, en caso de que necesite hacer lo siguiente:

- realizar cambios en su reserva;
- cancelar un traslado;
- hacer preguntas sobre un traslado que ya tiene programado;
- informar que un traslado tiene una demora superior a 15 minutos;
- programar un traslado de vuelta a su hogar después de una cita médica.

¿Qué sucede si tengo quejas sobre los servicios de transporte con valor agregado?

Si tiene una queja sobre su traslado, llame a MTM Health al **1-866-824-1565** (TTY: **711**).

Línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line

La línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line le permite hablar con un enfermero, en privado, acerca de su salud. Llame sin costo las 24 horas, los siete días de la semana, al **1-844-971-8906** (TTY: **711**). Un enfermero puede brindarle información sobre cuestiones de salud y servicios de salud comunitaria.

Los adolescentes también pueden llamar a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line y hablar en privado con un enfermero sobre asuntos relacionados con la salud en la adolescencia.

La línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line también ofrece grabaciones en audio sobre cientos de temas de salud, entre ellos, los siguientes:

- embarazo,
- diabetes,
- salud infantil,
- presión arterial alta,
- enfermedades de transmisión sexual como el VIH/sida.

La línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line también cuenta con servicios de intérpretes si necesita hablar con alguien en su propio idioma.

Limitaciones: no hay limitaciones. Los asegurados con cobertura STAR pueden acceder a la línea de asesoramiento de enfermería en cualquier momento.



Tarjeta de regalo de incentivo de Pasos Sanos de Texas para niños y adolescentes

Los asegurados de 2 a 20 años con cobertura STAR pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25 cuando acuden a su PCP o ginecólogo-obstetra para hacerse el chequeo anual de Pasos Sanos de Texas.

Limitaciones: los padres o tutores de asegurados menores de edad (de entre 2 y 20 años) deben garantizar que sus hijos se realicen los chequeos del programa Pasos Sanos de Texas conforme a los criterios definidos. Los asegurados deben contar con cobertura vigente y deben inscribirse en el sitio web del programa de recompensas de bienestar de BCBSTX para recibir la tarjeta de regalo de \$25. Un PCP de la red deberá realizar los chequeos. Los asegurados son elegibles para una única tarjeta de regalo por año calendario. No se reemplazan las tarjetas de regalo que se hayan enviado a una dirección equivocada si el asegurado proporcionó información incorrecta durante el proceso de inscripción en línea. Repase la sección “¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo?”.



Tarjeta de regalo de incentivo por la vacuna contra el papilomavirus humano

Los asegurados de entre 9 y 13 años con cobertura STAR pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25 cuando reciban todas las dosis de la vacuna contra el papilomavirus humano (VPH) (HPV, en inglés) requeridas para su edad.

Limitaciones: los adolescentes de entre 9 y 13 años con cobertura STAR pueden obtener una tarjeta de regalo por un valor de \$25 cuando reciben todas las dosis de la vacuna contra el VPH requeridas para su edad. Los asegurados deben contar con cobertura

vigente e inscribirse en el sitio web del programa de recompensas de bienestar de BCBSTX para ser elegibles y recibir la tarjeta de regalo de \$25. Los asegurados pueden solicitar su tarjeta de regalo después de recibir la última dosis. Un PCP de la red deberá realizar los chequeos.

La consulta debe realizarse antes de que termine el año calendario (31 de diciembre) para poder recibir una tarjeta de regalo como recompensa. Se debe recibir la serie completa de vacunas para ser elegible para obtener la tarjeta de regalo. Repase la sección “¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo?”.

Mejora de anteojos o lentes de contacto

Los asegurados de hasta 18 años de edad con cobertura STAR pueden recibir una mejora en artículos para la vista, por ejemplo:

- un par de armazones elegantes (en vez de unos básicos);
- mejores lentes;
- lentes de contacto;
- un par de anteojos adicional.

Los niños deben hacerse un examen de la vista antes de usar este servicio con valor agregado. El valor del beneficio no puede exceder los \$150. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Limitaciones: los asegurados de hasta 18 años de edad con cobertura STAR son elegibles para recibir una mejora en artículos para la vista, por ejemplo, un par de armazones más elegantes (si los que tienen son básicos), mejores lentes, lentes de contacto o conseguir un par de anteojos adicional cada año luego de completar un examen de la vista. El valor máximo del beneficio no puede exceder los \$150.

Este servicio con valor agregado puede obtenerse después de que el seguro primario y secundario hayan proporcionado la cobertura. Este beneficio solo se aplica a artículos para la vista básicos y especiales, lentes y artículos de mejor calidad y un par de anteojos adicional; no puede cambiarse por dinero en efectivo. Los lentes de contacto de fantasía no están incluidos. Un profesional de Davis Vision que participe en la red tiene que prestar este servicio con valor agregado.

El asegurado recibirá el servicio con valor agregado cuando el prestador de servicios médicos lo haya solicitado y una vez que haya cumplido con la consulta. Aún recibirá el servicio con valor agregado si su cobertura todavía se encuentra vigente en la fecha en que se solicitó el servicio.

Exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos

Los asegurados de entre 3 y 18 años de edad pueden recibir cada año calendario un examen físico requerido para practicar deportes y participar en campamentos.

Limitaciones: el servicio estará disponible a través de profesionales médicos con contrato. Este servicio con valor agregado se limita a un único examen físico por año calendario para asegurados de entre 3 y 18 años de edad.

Recompensa por actividades de salud y bienestar

Los asegurados de entre 7 y 18 años pueden ganar una tarjeta de regalo de \$40 por participar en algún programa de salud y bienestar, por ejemplo, por participar en deportes, actividades artísticas y campamentos. Presente su recibo para obtener un reembolso.

Limitaciones: los asegurados de entre 7 y 18 años con cobertura STAR pueden ganar como recompensa una tarjeta de regalo de \$40 por haber participado en alguna clase o actividad para la salud y el bienestar. Eso incluye, entre otras opciones, deportes, natación, música o campamentos elegidos por el asegurado. La actividad no requiere aprobación previa a la inscripción. El asegurado es responsable de presentar el recibo para obtener el reembolso por este servicio con valor agregado.

Servicios de doula

Las aseguradas con cobertura STAR que tengan un diagnóstico de embarazo de alto riesgo podrían recibir apoyo a domicilio y asistencia de una doula. Las doulas pueden ofrecer apoyo físico, emocional y

educativo durante el embarazo y después del nacimiento del bebé. Llame sin costo a Special Beginnings al **1-888-421-7781** (TTY: **711**) para obtener más información.

Limitaciones: para ser elegibles para este servicio, las aseguradas deben tener un diagnóstico de embarazo de alto riesgo y estar inscritas en Special Beginnings.

Clases en línea prenatales, posparto y para afrontar un duelo

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece BCBSTX?

BCBSTX ofrece clases prenatales en línea sin costo a embarazadas con cobertura STAR. Las clases son sobre lactancia, dietas y nutrición, cómo elaborar un plan para el parto, cuidados posparto y cómo afrontar un duelo. Las clases se ofrecen en inglés y en otros 15 idiomas. Para obtener más información sobre las próximas clases y otros recursos para aseguradas embarazadas, visite el sitio web para asegurados con cobertura STAR: espanol.bcbstx.com/medicaid. Llame a Special Beginnings para inscribirse en una clase en línea.

Limitaciones: es requisito que la asegurada esté embarazada para ser elegible para comenzar con las clases prenatales. Las clases se transmiten en línea a través de una computadora o aplicación para dispositivos móviles. Están disponibles en inglés y en otros 17 idiomas. Son para aseguradas embarazadas y se puede acceder a ellas hasta 90 días después de la fecha estimada de parto. La cobertura de las aseguradas debe estar vigente en los 90 días posteriores a la fecha estimada de parto.

¿Qué aprenderá?**Embarazo**

- cambios del cuerpo;
- cambios y crecimiento del bebé;
- cuidados personales;
- dolores y molestias del embarazo;
- sus chequeos y pruebas;
- detección de los signos de que comienza el trabajo de parto.

Trabajo de parto y parto

- su plan para el parto;
- opciones para dar a luz;
- técnicas para respirar y pujar;
- parto por cesárea;
- opciones para aliviar el dolor;
- recuperación y cuidados posparto;
- cómo afrontar un duelo tras una pérdida.

Lactancia y atención del bebé

- cuidados y seguridad del bebé;
- cuidado del cordón umbilical y de la circuncisión;
- elección de un médico para el bebé;
- cómo saber si su bebé se siente mal;
- lactancia;
 - cómo extraer y almacenar la leche materna;
 - regreso al empleo;
 - posiciones para alimentar al bebé.

Guía para atravesar un duelo

- apoyo para atravesar un duelo;
- recursos para la salud materno-infantil;
- información sobre recursos y grupos de apoyo locales.

Limitaciones: es requisito que la asegurada con cobertura STAR esté embarazada para ser elegible para comenzar con las clases prenatales. Las clases se transmiten en línea a través de una computadora o aplicación para dispositivos móviles. Están disponibles en inglés y en otros 17 idiomas. Estas son algunas de las clases recomendadas: salud prenatal, lactancia, salud posparto, cambios

emocionales y duelo. Son para aseguradas embarazadas y están disponibles hasta 90 días después de la fecha estimada de parto. La cobertura de las aseguradas debe estar vigente en los 90 días posteriores a la fecha estimada de parto.

**Tarjeta de regalo por consulta prenatal**

Las aseguradas embarazadas con cobertura STAR son elegibles para recibir una tarjeta de regalo de \$50 cuando completen su primera consulta prenatal durante el primer trimestre de embarazo o dentro de los 42 días de haber solicitado la cobertura de BCBSTX.

Limitaciones: las aseguradas embarazadas deben completar su primera consulta prenatal dentro de los plazos mencionados anteriormente. Para que puedan recibir la tarjeta de regalo, las aseguradas tienen que estar inscritas en el sitio web de Wellness Rewards de BCBSTX y su cobertura debe estar vigente. Las aseguradas tienen que inscribirse todos los años calendario en el sitio web de recompensas. No se reemplazan las tarjetas de regalo que se hayan enviado a una dirección equivocada si la asegurada proporcionó información incorrecta durante el proceso de inscripción en línea. Repase la sección “¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo?”.

**Tarjeta de regalo de incentivo por consulta posparto**

Las aseguradas con cobertura STAR pueden recibir una tarjeta de regalo de \$50 tras realizar la consulta posparto en un plazo de 7 a 84 días después del parto.

Limitaciones: las aseguradas que hayan tenido un bebé recientemente deben completar una consulta posparto dentro de los 7 a 84 días después del parto; la cobertura BCBSTX debe estar vigente cuando completen la consulta. No se reemplazan las tarjetas de regalo que se hayan enviado a una dirección equivocada si la asegurada proporcionó información incorrecta durante el proceso de inscripción en línea. Repase la sección “¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo?”.

Educación sobre la lactancia a través de nuestro programa Special Beginnings

Las aseguradas que se inscriban al programa de maternidad Special Beginnings tendrán acceso a enfermeros de Special Beginnings que proporcionan educación sobre la lactancia.

El programa de maternidad Special Beginnings puede ayudarla a que entienda y gestione mejor su embarazo. Cuando se inscribe en el programa, se le asigna un coordinador de servicios de Special Beginnings. Su coordinador de servicios es un enfermero con capacitación especial que le informará su estado de salud y el de su bebé y que la llamará hasta seis semanas después de que nazca su bebé.

Le puede enseñar a tomar decisiones saludables para usted y su bebé, encontrar recursos sobre el embarazo si los necesita y colaborar con su médico si usted tiene necesidades especiales de salud durante el embarazo. Si está embarazada y quiere inscribirse en el programa Special Beginnings, llámenos sin costo al **1-888-421-7781** (TTY: **711**) o envíe un correo electrónico al programa a **TXSBMedicaid@bcbstx.com**.

Limitaciones: las aseguradas deben participar en el programa Special Beginnings para poder recibir asistencia para la lactancia y capacitación en salud materna de parte de los enfermeros de Special Beginnings desde el inicio del embarazo hasta seis semanas después del nacimiento del bebé.

Servicios de entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria

Los asegurados con cobertura STAR que hayan recibido el alta del hospital luego de una hospitalización médica o por salud mental, pueden ser elegibles para recibir hasta 14 comidas con entrega a domicilio,

mientras conserven nuestra cobertura. Las opciones de comida se entregan congeladas e incluyen opciones para el almuerzo y la cena. Puede pedir hasta 14 comidas al proveedor de comidas para un acontecimiento al año.

Limitaciones: los asegurados que hayan recibido el alta de un hospital pueden solicitar al prestador del servicio de comidas un máximo de 14 comidas preparadas, mientras su cobertura se encuentre vigente. La entrega de comidas a domicilio estará disponible únicamente para una ocasión por año, lo que equivale a un total de 14 comidas al año. Los padres o representantes legalmente autorizados tienen que contactar al coordinador de servicios para determinar la elegibilidad para el servicio y solicitar las comidas, para lo que deben inscribirse en línea. Las comidas se enviarán a la dirección que se le proporcione al proveedor en el momento en el que se solicitan los servicios. Las solicitudes de comida deben realizarse dentro de los 30 días de haber recibido el alta. No se reemplazan las comidas que se hayan enviado a una dirección equivocada.

Servicios dentales para asegurados adultos

Ofrecemos servicios dentales a los asegurados con cobertura STAR mayores de 21 años. Este servicio con valor agregado incluye exámenes dentales y limpiezas, radiografías, empastes de caries y extracciones de dientes con un valor de hasta \$250 al año. Llame sin costo a nuestro socio para servicios dentales, DentaQuest, al **1-800-205-4715**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro, para que le ayude a encontrar un prestador de servicios dentales de la red o para obtener una aprobación para recibir servicios dentales.

Limitaciones: la cobertura STAR de BCBSTX de asegurados adultos de entre 21 y 64 años de edad tiene que estar vigente en el momento en que se solicitan y se reciben los servicios con valor agregado. Deben recibir los servicios de un prestador de servicios dentales que tenga contrato con DentaQuest.

Si el asegurado ya no fuera elegible, se aprobarán los servicios para problemas preexistentes según cada caso en particular. El monto máximo con cobertura es de \$250 al año.

Descuentos en salud y bienestar de Blue365®

Nuestro programa Blue365 ofrece descuentos en varios servicios y artículos relacionados con la salud y el bienestar. El programa está disponible para todos los asegurados con cobertura STAR en www.blue365deals.com/es/BCBSTX/. Entre los tipos de descuentos podemos mencionar los siguientes:

- ropa y calzado;
- acondicionamiento físico;
- cuidado auditivo y de la vista;
- hogar y familia;
- nutrición;
- cuidado personal.

Este servicio con valor agregado excluye los beneficios y servicios ya incluidos en la cobertura STAR.

Limitaciones: este servicio con valor agregado está disponible para asegurados de entre 13 y 64 años de edad. Para poder utilizar este servicio, los asegurados deben ingresar los datos de inicio de sesión que les haya proporcionado el área de Administración de Casos Clínicos. Los asegurados deciden la frecuencia

con la que lo utilizan y los recursos disponibles que van a aprovechar. Para usarlo, ingrese este código de acceso: **TXMED**.

Learn to Live: plataforma en línea sobre salud mental

Learn to Live es un programa de salud en línea sin costo. Se ofrece a los asegurados de 13 años o más y a los cuidadores.

Learn to Live le ofrece soluciones de salud mental a su propio ritmo. Además, tiene acceso a consejeros para asegurados con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede ayudar con problemas habituales, como el estrés, la ansiedad, la depresión, el insomnio y el abuso de sustancias. Para comenzar, inscríbese en

[https://es.learntolive.com/welcome/](https://es.learntolive.com/welcome/BCBSTXMedicaid)

BCBSTXMedicaid (código de acceso:

[https://www.learntolive.com/welcome/](https://www.learntolive.com/welcome/BCBSTXMedicaid)

BCBSTXMedicaid (Access Code: **TXMED**).

Limitaciones: este servicio con valor agregado está disponible para asegurados de entre 13 y 64 años de edad. Para poder utilizar este servicio, los asegurados deben ingresar los datos de inicio de sesión que les haya proporcionado el área de Administración de Casos Clínicos. Los asegurados deciden la frecuencia con la que lo utilizan y los recursos disponibles que van a aprovechar.

PARTE 9

Servicios en farmacias y cobertura para medicamentos con receta

Cómo surtir sus medicamentos con receta

Para averiguar si un medicamento está incluido, comuníquese con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Puede encontrar las farmacias de BCBSTX en el buscador Provider Finder ingresando en espanol.bcbstx.com/medicaid.

¿Dónde puedo conseguir una lista de los medicamentos con receta de mi hijo?

Inicie sesión en BAM y haga clic en "Pharmacy" (farmacia) en la pestaña "Find Care" (recibir atención médica) para obtener una lista con información sobre los medicamentos con receta pasados y actuales. Los medicamentos con receta

solos aparecerán en la lista si hemos recibido una reclamación por ellos. También puede averiguar cuántas veces puede volver a surtir los medicamentos. BAM también le enviará un recordatorio tres días antes de la fecha en la que tenga que volver a surtir un medicamento con receta.

Cobertura para medicamentos con receta

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?

Su cobertura incluye ciertos medicamentos con receta y medicamentos de venta libre.

Para estar incluido en la cobertura, un medicamento debe figurar en la lista de medicamentos preferenciales del programa

Proveedores de Medicamentos (VDP, en inglés). La lista de medicamentos incluye medicamentos genéricos, de marca y de venta libre que requieren una receta médica y algunos suministros médicos limitados. La mayoría de los medicamentos genéricos y de venta libre están incluidos en la cobertura. Si está embarazada, las vitaminas prenatales de venta libre son un beneficio incluido en la cobertura. Solicítele al obstetra que le haga una receta médica.

No pagará ningún monto (\$0) por los artículos incluidos en la lista de medicamentos. Dichos artículos estarán incluidos en la cobertura siempre que se cumpla lo siguiente:

- Son médicamente necesarios.
- Los obtiene con una receta médica del doctor (incluidos los medicamentos de venta libre).
- Surte el medicamento en una farmacia de BCBSTX.
- Usted cumple las reglas de la cobertura.

Ciertos medicamentos incluidos en la lista de medicamentos, entre ellos la mayoría de los medicamentos de marca, requieren una aprobación. Su médico deberá solicitar la aprobación antes de que pueda recetar dichos medicamentos. Sin la aprobación, los medicamentos no están incluidos en la cobertura. Es posible que algunos medicamentos tengan límites para el monto que se cubrirá. Puede averiguar si su medicamento está sujeto a otras condiciones o límites consultando la lista de medicamentos. Para obtener más información acerca de un medicamento, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o visite espanol.bcbstx.com/medicaid y elija la pestaña “Medicamentos” (*Prescription Drugs*) del sitio web.

Si su doctor quiere que tome un medicamento que no figura en la lista, puede solicitar su aprobación. Dentro de las 24 horas, le informaremos a su doctor si aceptamos la solicitud. Si recibimos la solicitud fuera del horario de atención, le responderemos a su doctor el siguiente día laborable. Su farmacéutico puede pedir un suministro para 72 horas del medicamento si recibimos el pedido fuera del horario de atención. Si rechazamos su pedido, usted recibirá una carta con los motivos médicos del rechazo. Para cuidar su salud, asegúrese de que el doctor y el farmacéutico conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre.

Esta cobertura no incluye el cannabis.

El cannabis se refiere a todas las partes del género *Cannabis* que contienen delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) como un ingrediente activo, ya sea que esté en crecimiento o no, las semillas de la planta, la resina que se extrae de cualquier parte de la planta y todo compuesto derivado del

cannabis, fabricación, sal, derivado, mezcla o preparación de la planta, sus semillas o la resina. El cannabis que tiene THC como un ingrediente activo puede llamarse marihuana.

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para obtener ayuda a la hora de volver a surtir sus medicamentos o conseguirlos.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor diga que usted necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado a la farmacia por usted.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento con receta, es posible que reciba un suministro de emergencia para tres días. Llame sin costo a BCBSTX al **1-888-657-6061** para que le ayuden a obtener o a volver a surtir los medicamentos.

¿Puedo presentar una apelación por un medicamento o equipo médico duradero que no haya sido aprobado?

Usted puede presentar una apelación llamando al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Puede obtener más información sobre cómo presentar una apelación en la **Parte 13: Cómo resolver un problema con BCBSTX**.

¿Qué hago si pierdo mis medicamentos?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para obtener ayuda si pierde sus medicamentos. Lo ayudaremos a obtener medicamentos de remplazo.

Cómo buscar una farmacia de la red

¿Cómo busco una farmacia de la red?

Para encontrar una lista de las farmacias, use el *Directorio de farmacias*, consulte Provider Finder en espanol.bcbstx.com/medicaid o llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Qué ocurre si voy a una farmacia que no participa en la red?

Si va a una farmacia que no es de la red, pídale al personal de la farmacia que llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para buscar una farmacia que participe en la red.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Asegúrese de llevar la tarjeta de asegurado de BCBSTX, la receta médica y la tarjeta de beneficios de Medicaid *Your Texas Benefits*.

Farmacia con pedidos por correo

¿Qué hago si necesito que entreguen los medicamentos a mi casa? ¿Qué farmacias ofrecen este servicio?

Walgreens Mail Service ofrece el servicio de envío a domicilio sin costo. Usted puede recibir en su domicilio un suministro para 90 días de medicamentos a largo plazo. Los medicamentos a largo plazo son aquellos que toma con regularidad por más de tres meses. Pueden usarse para tratar problemas de salud crónicos, como el colesterol alto, la presión arterial elevada, el asma, la depresión o la ansiedad.

Llame sin costo a Walgreens Mail Service al **1-877-357-7463** (TTY: **711**) o visite walgreensmailservice.com (en inglés).

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

Si tiene problemas para obtener un medicamento con receta, llame al **1-888-657-6061**.

Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia

¿Cómo puedo recibir beneficios de transporte?

Llame a MTM Health al **1-866-824-1565** para averiguar si puede obtener un traslado a la farmacia. Si MTM Health no puede programar su traslado, se puede usar el servicio de transporte con valor agregado. MTM Health coordinará el traslado a través de los servicios con valor agregado si se dan las siguientes condiciones:

- No se puede acceder de otra forma a servicios que son médicamente necesarios.
- Recibe aprobación de BCBSTX por adelantado.

Si tiene problemas para obtener transporte a través de los servicios NEMT, averigüe en MTM Health si es elegible para los servicios de transporte con valor agregado.

¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?

Algunos tipos de equipo médico duradero (DME, en inglés) y productos que, en general, se consiguen en farmacias están incluidos en Medicaid. Para todos los asegurados, el pago de los nebulizadores, los suministros para ostomías, y otros suministros y equipos incluidos en la cobertura que sean médicamente necesarios se realiza a través de BCBSTX. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), BCBSTX también paga

artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados de venta libre, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales. Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para obtener más información sobre estos beneficios.

Suministros limitados de atención médica a domicilio

Usted puede recibir ahora suministros de atención médica a domicilio de las farmacias de BCBSTX. Se incluyen varios suministros estándar para la diabetes, como jeringas y agujas para insulina, lancetas, monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa y mucho más. El monitor, las tiras reactivas y los suministros para la diabetes de OneTouch® son los productos preferenciales de BCBSTX. Si necesita un monitor nuevo, su doctor puede escribir una receta médica y usted puede recogerlo en la farmacia. También se ofrecen otros artículos médicos para el hogar, como cámaras para aerosol, electrolitos orales y soluciones salinas.

Los asegurados de Medicaid pueden obtener estos servicios a través de una farmacia o un proveedor de equipo médico duradero. Si tiene preguntas, hágaselas al farmacéutico o llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Programa Lock-In de Medicaid ¿Qué es el Programa Lock-In de Medicaid?

Si no sigue las normas de Medicaid, es posible que lo asignen al Programa Lock-In. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid no cambian.

Cambiar a una organización médica administrada (MCO, en inglés) diferente no cambiará el estado del programa.

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

- Escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.

- Asegúrese de que su médico de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que le envían, sean los únicos médicos que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos.

Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

PARTE 10

Servicios adicionales para asegurados con cobertura STAR

Medicaid incluye algunos servicios que BCBSTX no incluye. Es posible que algunos servicios estén limitados o necesiten aprobación por adelantado.

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente y lo ayudaremos a conseguir los servicios que se mencionan a continuación.

Programa de Intervención Temprana en la Infancia

¿Qué es el Programa de Intervención Temprana en la Infancia (ECI, en inglés)?

El ECI es un programa estatal que ayuda a los niños con discapacidades o problemas de desarrollo, desde el nacimiento hasta los tres años de edad. No necesita la aprobación del médico, pero debe consultar al PCP de su hijo sobre el programa ECI para que le puedan proporcionar la mejor atención. Si desea obtener más información, llame al **1-800-628-5115** o visite el sitio web del ECI,

<https://hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services> (haga clic en "Español").

¿Necesito un referido?

No, no necesita un referido de su médico para el programa ECI.

¿Dónde puedo encontrar un profesional médico del programa ECI?

Puede buscar el programa ECI en su zona con el recurso que se ofrece en <https://citysearch.hhsc.state.tx.us/> (disponible solo en inglés) o llamar a la oficina del defensor del asegurado del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) al **1-877-787-8999**, elija un idioma y seleccione la opción 3.

Administración de Casos Clínicos para Embarazadas y Niños

¿Qué es la Administración de Casos Clínicos para Embarazadas y Niños (CPW, en inglés)?

¿Necesita ayuda para encontrar y recibir servicios? Quizás un profesional asignado al caso pueda ayudarle.

¿Quién puede obtener un profesional asignado al caso?

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

- tienen problemas de salud;
- corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los profesionales asignados al caso?

Un profesional asignado al caso se reúne con usted y entonces:

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

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Un profesional asignado al caso puede brindarle ayuda con lo siguiente:

- recibir servicios médicos y dentales;
- obtener artículos o equipo médicos;
- trabajar en asuntos escolares o educativos;
- tratar otros problemas.

¿Cómo puede usted obtener los servicios de un profesional asignado al caso?

- Para obtener más información, póngase en contacto con BCBSTX, que atiende de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o llame a Pasos Sanos de Texas al **1-877-847-8377** (línea sin costo disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).
- Llame a Coordinación de Servicios de BCBSTX al **1-877-214-5630**.
- Ingrese en <https://espanol.bcbstx.com/medicaid>.

Programa de Salud Escolar y Servicios Relacionados de Texas

Los servicios del Programa de Salud Escolar y Servicios Relacionados de Texas (SHARS, en inglés) se ofrecen en la escuela a asegurados menores de 21 años con ciertas discapacidades. Se brindan a través de una asociación entre la Comisión de Salud y

Servicios Humanos (HHSC, en inglés) y la Agencia de Educación de Texas (TEA, en inglés). Los servicios incluyen lo siguiente:

- evaluación;
- audición;
- asesoramiento;
- servicios médicos;
- servicios de salud escolar;
- terapia ocupacional;
- terapia física;
- terapia del habla;
- transporte especial;
- servicios de psicología.

Si desea obtener más información sobre el programa SHARS, comuníquese con la Agencia de Educación de Texas al **1-512-463-9734**.

Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia

¿Qué son los servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT, en inglés)?

Con los servicios NEMT se proporcionan traslados a consultas de atención médica para asegurados que no tienen otras opciones de transporte. En estos viajes, se incluyen traslados para acudir al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a cualquier otro lugar donde recibe servicios de Medicaid. Entre estos viajes NO se incluyen viajes en ambulancia.

¿Qué servicios forman parte de los servicios NEMT?

- Pases o boletos para transporte, como el transporte público entre y dentro de ciudades o estados, como trenes y autobuses.
- Servicios de transporte en vuelos comerciales.

- Servicios de transporte a pedido (un tipo de transporte de puerta a puerta en autobuses, camionetas o sedanes privados, incluidas las camionetas para pasajeros con sillas de ruedas, en caso de ser necesario).
- Reembolso de millaje para los participantes inscritos de transporte individual (ITP, en inglés) que acuden a servicios de atención médica incluidos. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un miembro de la familia, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el monto equivalente al costo de las comidas por los viajes de larga distancia para recibir servicios de atención médica. La tarifa diaria de comidas es de \$25 al día para el asegurado y de \$25 al día para un acompañante autorizado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo de alojamiento por los viajes de larga distancia para recibir servicios de atención médica. Se limitan los servicios de alojamiento a las estadías durante la noche y no se incluyen los servicios que usted pueda usar durante su estadía, por ejemplo, las llamadas por teléfono, el servicio a la habitación o el servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir dinero antes del viaje para cubrir servicios NEMT autorizados.

Si necesita un acompañante para que viaje con usted a las consultas, los servicios NEMT cubrirán los gastos de transporte de su acompañante.

Los niños que tengan 14 años o menos tienen que ir acompañados de su padre, madre, tutor u otro adulto autorizado. Los niños que tengan entre 15 y 17 años tienen que ir acompañados de uno de los padres, del tutor o de otro adulto autorizado, o tener un consentimiento registrado de uno de ellos para viajar

solos. No es obligatorio el consentimiento si los servicios médicos son de naturaleza confidencial.

Cómo conseguir traslados: ¿a quién debo llamar para obtener un traslado a una consulta médica?

Llame a MTM Health al **1-866-824-1565** (TTY: **711**) para solicitar los servicios NEMT. Tiene que solicitarlos lo antes posible y, por lo menos, dos días hábiles antes de la fecha en que los necesita. En algunos casos, puede solicitar los servicios NEMT con menos de dos días hábiles de anticipación. Entre estos casos, se incluyen los traslados después de recibir el alta en un hospital, los viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados, y los viajes para tratar problemas médicos de urgencia. Los problemas médicos de urgencia son problemas de salud que no son de emergencia, pero son lo suficientemente graves o dolorosos como para necesitar tratamiento en menos de 24 horas.

Si se cancela su consulta médica, debe notificar a MTM Health antes de que se realice el viaje aprobado y programado.

Todas las solicitudes de servicios de transporte deben hacerse de dos a cinco días hábiles antes de la consulta. Si no puede obtener un traslado a través del programa de servicios NEMT, llame a MTM Health al **1-866-824-1565** para coordinar un traslado a través de los servicios de transporte con valor agregado de BCBSTX.

¿Cómo obtengo el reembolso de los gastos en transporte?

En caso de que el traslado estuviera aprobado antes de la consulta médica, puede solicitar el reembolso de los gastos en transporte que haya afrontado para

ir a consultas aprobadas. Debe solicitarlo a MTM Health, nuestro proveedor de servicios de transporte con valor agregado.

Se debe firmar un acuerdo de participante en transporte individual (ITP, inglés). Puede descargar una copia de este documento en

<https://www.mtm-inc.net/texas/members>

(vaya a la opción "VER EN ESPANOL").

También puede comunicarse con MTM Health al **1-866-824-1565** (TTY: **711**) para solicitar un paquete con información al respecto. Atienden de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Complete los documentos y envíelos por correo postal, fax o correo electrónico:

Correo postal: MTM Health ITP Claims
16 Hawk Ridge Circle
Lake St. Louis, MO 63367

Correo electrónico: TXPayee@mtm-inc.net

Fax: 1-844-239-5971

¿Qué pasos debo seguir para que me reembolsen por milla recorrida?

Llame a MTM Health al **1-866-824-1565** (TTY: **711**) para inscribirse en el programa MTM Currency. Tiene que inscribirse y conseguir aprobación para el traslado con anticipación. De esta manera, será elegible para recibir fondos para pagar el combustible para su traslado.

- Un asegurado o cuidador debe solicitar el reembolso por milla recorrida cuando llame a MTM Health para conseguir la aprobación del traslado. El representante de MTM Health le pedirá información sobre el conductor.
- El día del traslado o antes del mismo recibirá un número de viaje. No podrá obtener el reembolso si se traslada sin tener un número de viaje.

MTM Health enviará por correo la documentación del paquete de inscripción del titular de la tarjeta, que incluirá la tarjeta Focus para pagar el combustible e instrucciones para el asegurado. En el paquete tendrá instrucciones sobre cómo activar y usar la tarjeta.

- Para poder obtener el reembolso por milla recorrida, el asegurado o cuidador tiene que completar la inscripción con MTM Health y presentar un número de licencia de conducir válida perteneciente al conductor, además de los datos del seguro del vehículo.
- Se puede programar el traslado de una de estas tres maneras para luego recibir el reembolso por milla recorrida:

1 Llame al **1-866-824-1565** (TTY: **711**).

2 Use el portal MTM Link Member.

3 Use la aplicación móvil MTM Link Member.

Si presenta su reclamación a través de la aplicación móvil MTM Link Member, no hace falta presentar un registro impreso del viaje.

- Puede solicitar el reembolso de combustible por milla recorrida en el mismo día de su consulta médica, siempre y cuando lo solicite antes de la hora de la consulta. Si, además, solicita alojamiento y comida, debe llamar a MTM Health al menos cinco días hábiles antes de la consulta médica.

Cuando llame para reservar su traslado, MTM Health puede contestarle las preguntas que tenga sobre el reembolso.

¿A quién debo llamar si tengo preguntas, quiero programar un viaje o necesito cambiar un traslado programado?

Llame a la línea Where's My Ride de MTM Health, con atención las 24 horas del día, los siete días de la semana, al **1-866-824-1565** (TTY: **711**) para solicitar lo siguiente:

- hacer cambios en una reserva, cancelar un viaje o hacer preguntas sobre un traslado que ya programó;
- programar un traslado de regreso a su hogar después de una consulta médica si el traslado de regreso no se programó antes de la consulta;
- informar que un traslado tiene una demora superior a 15 minutos;
- conseguir un traslado a su hogar después del alta hospitalaria;
- conseguir un traslado a un centro de atención médica inmediata después del horario de atención.

Aplicación móvil MTM Link Member

Como asegurado, también puede descargar la aplicación MTM Link Member para programar traslados médicos cuando y donde quiera. Todo lo que necesita es buscar "MTM Link Member" en las tiendas virtuales Google Play® o App Store® para descargarla. Asegúrese de tener a la mano una dirección de correo electrónico para crear su cuenta.

La aplicación móvil MTM Link Member le brinda acceso a las siguientes funciones:

- reservar, cambiar o cancelar traslados;
- seguir traslados en directo;
- localizar en tiempo real al conductor y ver la hora estimada de llegada;
- enviar mensajes de texto o llamar al conductor para asegurarse de que no se olvide ningún traslado;
- comunicarse con el servicio de asistencia dentro de la aplicación para hablar con un agente en directo.

¿Qué sucede si tengo quejas sobre los servicios NEMT?

Si tiene una queja sobre su traslado, llame a MTM Health al **1-866-824-1565** (TTY: **711**).

Servicios en centros de enfermería

Estos servicios se brindan con regularidad a asegurados que tienen algunos tipos de problemas médicos. Son proporcionados por enfermeros con licencia. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Servicios para tuberculosis

Medicaid brinda cobertura para el tratamiento de la tuberculosis, que incluye la terapia de observación directa y la investigación de contacto. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Lo ayudaremos a obtener más información sobre estos servicios.

Cuidados paliativos

Medicaid brinda estos servicios a asegurados cuya expectativa de vida no supera los seis meses. Estos servicios incluyen servicios médicos, sociales y de apoyo. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

PARTE 11

Programas para ayudarlo a estar saludable

¿Qué otros servicios puede BCBSTX ayudarme a obtener?

Cada asegurado tiene necesidades especiales en cada etapa de la vida. Contamos con programas para ayudarlo a mantenerse saludable y manejar enfermedades.

No tiene que pagar para participar en estos programas. Los brindamos sin costo alguno a nuestros asegurados. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Esperamos que usted y su familia los usen. Queremos que estén bien y se mantengan saludables.

Coordinación de servicios

El personal de coordinación de servicios puede ayudarlo a manejar sus necesidades específicas de atención médica teniendo en cuenta sus preferencias culturales.

Un coordinador de servicios de Medicaid puede ayudarlo con problemas crónicos específicos de salud, prevención y bienestar, sin costo para usted. Los servicios incluyen lo siguiente:

- gestión de su plan de tratamiento para ayudarlo a controlar enfermedades crónicas, como el asma, la diabetes u otros problemas de salud complejos relacionados con la salud mental o el abuso de sustancias;
- información sobre cómo mejorar la salud del corazón y controlar la presión arterial y el colesterol altos;
- coordinación de atención médica con su PCP u otros especialistas médicos;
- ayuda para dejar de consumir tabaco;
- información sobre cómo mantener una buena nutrición, hacer ejercicio y manejar el peso.

Para obtener más información acerca del área de coordinación de servicios, llame sin costo al **1-877-214-5630**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Si tiene impedimentos

auditivos o del habla, puede llamar a la línea TTY al **711**. Para cancelar su suscripción a estos servicios en cualquier momento, llame al número de teléfono de coordinación de servicios antes mencionado.

Special Beginnings

En BCBSTX ofrecemos el programa de maternidad Special Beginnings para ayudarla a que entienda y gestione mejor su embarazo. Recibirá el apoyo que necesita durante cada etapa del embarazo. Para ayudarla a mantener un buen estado de salud para usted y su bebé, inscríbase en el programa Special Beginnings tan pronto como sepa que está embarazada. Se mantendrá la confidencialidad de toda su información. Al inscribirse, le ofreceremos lo siguiente:

- Dos entrevistas sobre riesgos en el embarazo. Estas entrevistas pueden ayudarnos a determinar si su embarazo es de alto riesgo.
- Información y materiales sobre nutrición y opciones de vida saludable antes y después del nacimiento del bebé. También recibirá información sobre cómo crece el bebé en gestación, cuidados para recién nacidos e información sobre atención preventiva para niños que es útil para padres primerizos.

- Llamadas personales de un enfermero con entrenamiento especial que será su coordinador de servicios de Special Beginnings. Su coordinador de servicios le hablará acerca de cómo evolucionan usted y su bebé y la seguirá llamando hasta seis semanas después del nacimiento del bebé.
- Acceso sin costo, las 24 horas, a una línea directa con atención de enfermeros titulados (*registered nurses*) con experiencia y enfermeros de maternidad (**1-844-971-8906**). La línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line incluye acceso a una fonoteca con información sobre la salud.

Ayuda personal y confidencial

Su coordinador de servicios de Special Beginnings la llamará con regularidad para hacerle preguntas sobre su salud y sus actividades. Además, la ayudará a encontrar más recursos relacionados con el embarazo, si los necesita. Durante todo el embarazo, enfermeros con entrenamiento especial le ofrecerán los siguientes servicios:

- Evaluarán su salud, estilo de vida y posibles problemas del embarazo.
- Le enseñarán a evitar problemas que pueden presentarse durante el embarazo.
- La llamarán con regularidad para conversar acerca de su evolución y la del bebé.
- La alentarán para que incorpore cambios saludables.
- Le explicarán los planes de tratamiento del obstetra-ginecólogo.
- La ayudarán si tiene diabetes o presión arterial alta durante el embarazo.
- Le enseñarán acerca de los cuidados prenatales, de posparto y del recién nacido.

Si está embarazada y quiere inscribirse en Special Beginnings o si tiene alguna pregunta, puede llamarnos sin costo al **1-888-421-7781** (TTY/TDD: **711**) o enviar un correo electrónico a Special Beginnings, a TXSBMedicaid@bcbstx.com.

Para su tranquilidad

La línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line le permite comunicarse con un enfermero todos los días, las 24 horas. Para obtener más información acerca de la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line, consulte la **Parte 8: Servicios con valor agregado**. Llame a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Programas adicionales del estado

El programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés) brinda alimentos saludables a las embarazadas y a las madres de niños pequeños. También le ofrecerá sin costo noticias relacionadas con los alimentos saludables para usted y su hijo. Si tiene preguntas sobre los servicios del programa WIC, llame al **1-800-942-3678**.

Cómo recibir otros servicios

Quizás necesite servicios que no están incluidos en la cobertura de BCBSTX. Llame a su coordinador de servicios o al asesor para asegurados con cobertura STAR para solicitar ayuda con otros servicios.

PARTE 12

Ayuda con servicios especiales

¿Necesita ayuda con el idioma u otros medios de comunicación? BCBSTX ofrece servicios y programas que satisfacen diversas necesidades relacionadas con el idioma y la cultura. También le brinda acceso a una atención de calidad.

Ayuda en otros idiomas

¿Puedo tener un intérprete mientras hablo con el doctor?

BCBSTX le garantiza que tendrá servicios de interpretación disponibles cuando llame a nuestra línea de Especialistas en Servicio al Cliente, cuando consulte al PCP de su hijo y mucho más.

BCBSTX no recomienda que familiares, amigos o niños actúen como intérpretes debido a las diferentes palabras que se usan en la comunicación médica. Si necesita los servicios de un intérprete o alguno de nuestros materiales para asegurados en otro idioma, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para obtener ayuda. Ofrecemos lo siguiente:

- Materiales de educación de salud en inglés y español.
- Especialistas en Servicio al Cliente que se comunican en inglés y español.
- Servicios de intérpretes telefónicos las 24 horas.
- Servicios de intérpretes de lenguaje de señas y de interpretación en persona.
- Profesionales médicos que hablan más de un idioma.
- Si usted no habla inglés o español, BCBSTX también cuenta con un servicio de interpretación en más de 140 idiomas.

¿Cómo obtengo servicios de interpretación en persona en el consultorio del profesional médico?

Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés (uno que el médico no hable) durante una consulta médica, puede solicitar sin costo los servicios de un intérprete en persona o por teléfono. En el *Directorio de prestadores de servicios médicos* de STAR, se indican los idiomas que hablan los médicos. Además, BCBSTX ofrece servicios de interpretación por teléfono y videoconferencia.

¿A quién llamo para solicitar un intérprete?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Si necesita un intérprete durante la consulta en el consultorio del prestador de atención médica primaria, pídale al médico que nos llame, por lo menos, con 72 horas de anticipación. Con gusto le brindaremos ayuda.

Ayuda para asegurados con impedimentos auditivos o de la vista

Los asegurados con impedimentos auditivos o del habla pueden llamar sin costo al número de BCBSTX. Llame a la línea TTY de Especialistas en Servicio al Cliente, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados aprobados por el Estado. Para recibir ayuda fuera del horario de atención y los fines de semana, llame al Servicio Relay de Texas, al **1-800-735-2989**, o marque **711**.

Asegurados con necesidades especiales de atención médica

BCBSTX ofrece servicios especiales para asegurados con necesidades especiales que no requieren un referido o autorización previa como condición para recibir servicios de especialistas de la red.

- Coordinación de servicios para ayudarle a obtener los servicios médicos que necesita.
- Su especialista puede ser su PCP.

Si desea hablar con un coordinador de servicios, llame al **1-877-214-5630**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

¿Cómo puedo obtener estos materiales en otros idiomas o formatos?

Puede obtener este manual y otros materiales con información importante en otros idiomas y formatos, como braille, letra más grande y en formato de audio para los asegurados con discapacidad auditiva o visual. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades

Cumplimos con la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés) de 1990. Esta ley lo protege de recibir un trato diferente por tener una discapacidad. Si cree que fue tratado diferente por su discapacidad, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

PARTE 13

Cómo resolver un problema con BCBSTX

Quejas

¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente, sin costo, al **1-888-657-6061** (TTY: **711**) para explicarnos el problema. Un asesor para asegurados bilingüe puede ayudarlo a presentar la queja. Solo llame al **1-877-375-9097**. Si no habla inglés, conseguiremos un traductor que lo ayudará a presentar la queja. Por lo general, podemos ayudarlo de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Puede presentar una queja por escrito a BCBSTX; para ello, descargue el *Formulario de quejas* que se encuentra en la página "Formularios y documentos" en espanol.bcbstx.com/medicaid o llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para que le envíen uno por correo. Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Attn: Complaints and Appeals
Department
PO Box 660717
Dallas, Texas 75266-0717
Fax: **1-855-235-1055**
GPDTXMedicaidAG@bcbsnm.com.

¿Cómo debo presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos una vez que haya pasado por el proceso de BCBSTX?

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de BCBSTX, puede presentar una queja a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, en inglés) llamando sin costo al **1-866-566-8989**. Si quiere hacer su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human
Services Commission
Office of the Ombudsman, MC H-700
PO Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja a www.hhs.texas.gov/managed-care-help (haga clic en "Español").

Si no tiene acceso a Internet, puede llamar a Compromiso con el Asegurado al **1-877-375-9097** (TTY: **711**) si su queja está relacionada con lo siguiente:

- Acceso a los servicios de atención médica.
- Atención y tratamiento de proveedores.
- Problemas administrativos.

¿Puede alguien de BCBSTX ayudarme a presentar una queja?

Un asesor para asegurados puede ayudarle a presentar una queja. Para comunicarse con un asesor para asegurados, llame al **1-877-375-9097**. También debe hablar con su prestador de atención médica primaria si tiene preguntas o inquietudes sobre su atención médica. Ningún asegurado recibirá un trato diferente por presentar una queja.

Si desea presentar una queja, por la razón que fuere, complete el formulario de quejas o escribanos una carta para contarnos el problema. Describa claramente quién está involucrado en la queja, qué ocurrió, cuándo y dónde ocurrió, y por qué no está conforme con los servicios de atención médica.

Adjunte cualquier documento que pueda ayudarnos a investigar el problema. Puede encontrar formularios de queja en nuestro sitio web, espanol.bcbstx.com/medicaid.

Usted o alguien que lo represente también puede llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para pedir un formulario de queja o solicitar ayuda para presentarla.

Envíe el formulario de queja completo o la carta por correo o fax a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Attn: Complaints and Appeals
Department
PO Box 660717
Dallas, Texas 75266-0717
Fax: **1-855-235-1055**

¿En cuánto tiempo se procesará mi queja? ¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

Le enviaremos un acuse de recibo dentro de los cinco días hábiles luego de recibir su queja.

Usted recibirá una carta de resolución de la queja dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su queja. La carta incluirá lo siguiente:

- descripción de la queja;
- información sobre las medidas tomadas para resolver el problema;
- información sobre cómo pedir una segunda revisión de su queja a BCBSTX;
- información sobre cómo pedir una apelación interna;
- información sobre cómo puede comunicarse con la HHSC si no está satisfecho con la resolución de su queja después de finalizar todo el proceso de queja de BCBSTX.

Apelaciones

¿Qué puedo hacer si el médico solicita un servicio o medicamento incluido en la cobertura para mí, pero la cobertura médica de BCBSTX lo rechaza o restringe?

Si no aprobamos la cobertura de un servicio o medicamento que su médico le sugiere, le enviaremos una carta al médico con la explicación del motivo del rechazo. Usted también recibirá una carta al respecto. La carta se llama "carta de aviso". También incluirá información sobre cómo apelar.

¿Cuándo un asegurado tiene derecho a pedir una apelación?

Si no está satisfecho con una decisión que BCBSTX tomó acerca de su atención, puede presentar una apelación a la cobertura médica. Es posible que pueda seguir recibiendo sus servicios durante el proceso de la apelación. Si quiere seguir recibéndolos, tiene que solicitar una apelación dentro de un plazo de 10 días desde la fecha que figura en el aviso. Cuando se presenta una apelación, BCBSTX vuelve a examinar el caso para ver si se puede hacer algo más para resolver el problema. Puede utilizar el formulario de solicitud de apelación a la cobertura médica o llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**).

Su médico también puede apelar el rechazo de un servicio médico o del pago de servicios, de forma total o parcial. Usted debe presentar una solicitud de apelación dentro de los 60 días posteriores a la carta de aviso.

Es posible que pueda seguir recibiendo sus servicios durante el proceso de la apelación a la cobertura médica. Para solicitar esto, en el formulario de solicitud de apelación

a la cobertura médica, marque "Yes" (Sí) donde dice "*Do you want your services to continue?*" (¿Desea mantener sus servicios?). También puede llamar a BCBSTX al **1-888-657-6061** e informar que quiere mantener sus servicios durante la apelación si se trata de una apelación para un curso de tratamiento que cumpla con alguno de los siguientes requisitos:

- se terminó;
- se interrumpió durante cierto tiempo;
- se limitó;
- un médico autorizado ordenó los servicios;
- no ha finalizado el primer plazo de la aprobación;
- usted solicita que los servicios médicos duren más tiempo.

Usted, o el médico que actúe en su nombre, debe solicitar la apelación en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de aviso que indica que el servicio que usted solicitó no fue aprobado. BCBSTX tiene la obligación de completar todo el proceso para apelaciones estándar en el plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibe la solicitud inicial de apelación por vía oral o escrita. Si usted pierde la apelación a la cobertura médica, es posible que tenga que reembolsarle a BCBSTX los servicios prestados durante la apelación. BCBSTX no puede pedirle que devuelva el dinero de los servicios que recibió sin pedir primero permiso a la HHSC.

¿Puede alguien de BCBSTX ayudarme a presentar una apelación? ¿Debo presentar la solicitud por escrito?

Usted, o la persona que lo represente, puede solicitar una apelación por escrito o por teléfono al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Puede pedir una apelación por los siguientes motivos:

- el rechazo de una reclamación de forma total o parcial;
- una autorización limitada;
- el tipo o nivel de servicios y el rechazo.

Un asesor para asegurados puede brindarle ayuda para presentar una apelación. Toda apelación oral e interna de BCBSTX tendrá que confirmarse con una apelación escrita firmada por usted o por el representante autorizado, salvo que sea una apelación acelerada (rápida).

¿Qué sucede si BCBSTX necesita más información para tomar una decisión sobre mi apelación? ¿Qué sucede si quiero brindar más información sobre mi caso a BCBSTX para respaldar mi apelación?

BCBSTX podría demorar 14 días más en tomar la decisión sobre su apelación si consideramos que este tiempo adicional nos ayudará a tomar una decisión más justa sobre su apelación estándar o acelerada.

Los asegurados o los representantes autorizados pueden solicitar 14 días más si consideran que necesitan más tiempo para enviar a BCBSTX información que pueda ayudarnos a tomar una decisión.

Si se extiende el plazo, y usted no solicitó esta demora, nosotros le enviaremos un aviso por escrito para explicarle los motivos de la demora. Puede presentar pruebas o argumentos (legales o sobre hechos) escritos o en persona para su apelación.

¿Cómo me entero de si un servicio fue rechazado después de solicitar una apelación?

Le enviarán por correo una carta de aviso en la que se le informará que se rechazaron o redujeron sus servicios.

Apelaciones por servicios de farmacia

Para solicitar una apelación por servicios de farmacia, usted puede hacer lo siguiente:

- Llamar sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.
- Enviar una apelación por escrito a la siguiente dirección:
Blue Cross and Blue Shield of Texas
Attn: Prime Therapeutics
Appeals Department
2900 Ames Crossing Road
Eagan, MN 55121
- Enviar por fax una apelación por escrito al **1-855-212-8110**.
- Pedirle a su médico que la envíe en línea a www.myprime.com/es.html o a CoverMyMeds.com (en inglés).

Apelación por servicios sustitutivos

Usted tiene derecho a apelar si recibió una carta de aviso en la que le informan un cambio total o parcial en los servicios sustitutivos que usted recibe o en el ámbito sustitutivo donde recibe atención médica.

Para solicitar una apelación por servicios o ámbitos sustitutivos, tiene estas opciones:

- Llamar sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

- Enviar una apelación por escrito a la siguiente dirección:
Blue Cross and Blue Shield of Texas
Attn: Complaints and Appeals
Department
PO Box 660717
Dallas, Texas 75266-0717.
- Enviar por fax una apelación por escrito al **1-855-212-8110**.

Usted tiene derecho a seguir recibiendo el servicio que la aseguradora le haya limitado o rechazado, según los servicios autorizados con anterioridad, por lo menos hasta que se haya tomado una decisión definitiva respecto de la apelación. Si usted pierde la apelación de la cobertura médica, es posible que tenga que reembolsarle a BCBSTX los servicios prestados durante el proceso de apelación. Usted tiene que presentar la apelación dentro de alguno de los siguientes plazos:

- 1 Los diez días calendario posteriores a la fecha de envío que figura en la carta de aviso de BCBSTX.
- 2 Antes de la fecha en que BCBSTX haya determinado que entra en vigor el rechazo (total o parcial), la limitación, la interrupción o la finalización de los servicios.

Apelaciones de emergencia por cobertura médica o servicios de farmacia

¿Qué es una apelación de emergencia de BCBSTX?

Una apelación de emergencia ocurre cuando la aseguradora tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo pido una apelación de emergencia a BCBSTX? ¿Debo presentar la solicitud por escrito?

Para su apelación, usted tiene derecho a presentar comentarios escritos u otra información. Puede hacerlo en forma oral (por teléfono) o escrita.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia por cobertura médica a BCBSTX?

Si necesita ayuda para presentar una apelación de emergencia por cobertura médica, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o a un asesor para asegurados. Si rechazamos la solicitud de una apelación de emergencia, tendremos que hacer lo siguiente:

- transferir la apelación al plazo estándar para que se resuelva;
- hacer un esfuerzo razonable para notificarle rápida y verbalmente de la negativa;
- realizar un seguimiento dentro de los dos días calendario mediante un aviso por escrito.

¿Cuál es el plazo del proceso de apelación de emergencia de BCBSTX?

Si aprobamos su solicitud de apelación de emergencia, le informaremos la decisión en un plazo de 72 horas. Nos comunicaremos con usted para informarle nuestra decisión y también le enviaremos una carta. Si su solicitud de apelación rápida se debe a una emergencia en curso o al rechazo de una hospitalización mientras usted aún se encuentra en el hospital, analizaremos su caso y le informaremos la decisión dentro de un día hábil.

Si no aprobamos una apelación de emergencia después de analizar su caso, su apelación deberá resolverse a través de los pasos para una apelación estándar.

Nos comunicaremos con usted por teléfono para informarle nuestra decisión y también le enviaremos una carta para informarle lo que se haya decidido dentro de los dos días calendario.

¿Cómo me entero si un servicio fue rechazado después de solicitar una apelación de emergencia a BCBSTX?

En el caso de una apelación de emergencia, lo llamaremos dentro de las 72 horas de haber recibido la solicitud. También recibirá una carta con nuestra decisión.

¿Qué sucede si BCBSTX rechaza la solicitud de apelación interna acelerada presentada?

Si no aprobamos una apelación de emergencia después de analizar su caso, su apelación deberá resolverse a través de los pasos para una apelación estándar.

Audiencia imparcial ante el estado

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si usted, como asegurado de la cobertura médica, no está de acuerdo con la decisión interna de la aseguradora, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial ante el estado. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta a la aseguradora y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un profesional médico puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por la aseguradora, usted o su representante tienen que pedir la audiencia imparcial ante el estado dentro de 120 días de la fecha de la carta de la aseguradora con la decisión interna de apelación. Si no pide la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial ante el estado. Para pedir una audiencia

imparcial estatal, usted o su representante deben enviar una carta a BCBSTX, a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Attn: Complaints and Appeals
Department
PO Box 660717
Dallas, Texas 75266-0717.

También tienen la opción de solicitarla por teléfono: llame a BCBSTX al **1-888-657-6061** (TTY: **711**).

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que la aseguradora le haya negado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, por lo menos hasta oír la decisión final de la audiencia imparcial estatal, si pide una audiencia imparcial ante el estado a más tardar:

- 1** Diez días calendario después de la fecha en que la aseguradora le envió la carta con la decisión interna de la apelación.
- 2** La fecha en que la carta con la decisión interna de la apelación de la aseguradora indica que su servicio se verá reducido o suspendido. Si no pide una audiencia imparcial ante el estado antes de esta fecha, el servicio que la aseguradora le negó será suspendido. Si pide una audiencia imparcial ante el estado, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante pueden decir por qué necesita el servicio que la aseguradora le negó.

La HHSC le dará la decisión final dentro de 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que el hecho de esperar a una revisión médica externa estándar puede poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la funcionalidad máxima, usted, uno de sus padres o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial ante el estado de emergencia. Para ello, escriba o llame a BCBSTX.

Para ser elegible para una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de BCBSTX.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado de emergencia?

Si considera que esperar hasta la audiencia imparcial ante el estado puede poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la funcionalidad máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial ante el estado de emergencia. Para ello, escriba o llame a BCBSTX. Para ser elegible para una audiencia imparcial ante el estado de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de BCBSTX.

Información sobre la revisión médica externa

¿Puede un asegurado solicitar una revisión médica externa?

Si un asegurado con cobertura BCBSTX no está de acuerdo con la decisión interna de BCBSTX, tiene el derecho de pedir una revisión médica externa. Una revisión médica externa es un paso opcional y

adicional que el asegurado puede tomar para que se revise el caso antes de que se celebre la audiencia imparcial estatal.

El asegurado puede nombrar a alguien para que lo represente, comunicándose con la aseguradora e indicando el nombre de la persona que quiere que lo represente. Un profesional médico puede ser su representante. El asegurado o su representante autorizado deben solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que la aseguradora envía la carta con la decisión interna de la apelación.

Si el asegurado no solicita la revisión médica externa en un plazo de 120 días, puede perder su derecho a una revisión médica externa. Para pedir una revisión médica externa, el asegurado o su representante pueden hacer lo siguiente:

- Completar el *State Fair Hearing and External Medical Review Request Form* (formulario de solicitud para una audiencia imparcial ante el estado y una revisión médica externa) que viene adjunto a la carta con el aviso de la decisión interna de apelación de BCBSTX. Enviarlos por correo o fax a BCBSTX, a la dirección o número de fax que aparecen en la parte superior del formulario.
- Enviarlos por fax al número que figura en la parte superior del formulario.
- Llamar a BCBSTX al **1-888-657-6061** (TTY: **711**).
- Enviarlos por correo electrónico a **GPDTXMedicaidAG@bcbsnm.com**.

Si el asegurado pide una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir del momento en que recibe la decisión de la apelación de la aseguradora, el asegurado tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que la aseguradora le haya negado, en función de los servicios

previamente autorizados, por lo menos hasta oír la decisión final de la audiencia imparcial estatal.

Si el asegurado no pide una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir del momento en que reciba la decisión de la apelación de la aseguradora, el servicio que la aseguradora le negó se suspenderá.

El asegurado puede cancelar su propia solicitud de revisión médica externa antes de que esta se asigne a una Organización revisora independiente o mientras la Organización revisora independiente esté revisando la solicitud de revisión médica externa del asegurado.

Una Organización revisora independiente es una organización de terceros contratada por la HHSC, que lleva a cabo una revisión médica externa durante los procesos de apelación del asegurado en relación con las determinaciones adversas de beneficios basadas en la necesidad funcional o la necesidad médica. Una revisión médica externa no puede cancelarse si una Organización revisora independiente ya ha finalizado la revisión y ha tomado una decisión.

Una vez recibida la decisión de la revisión médica externa, el asegurado tiene derecho a cancelar la solicitud de audiencia imparcial ante el estado. El asegurado puede retirar la solicitud de una audiencia imparcial ante el estado de manera oral o por

escrito, comunicándose con el funcionario de audiencias que se menciona en el Formulario 4803, *Aviso de audiencia* (*Notice of Hearing*).

Si el asegurado decide continuar con una audiencia imparcial ante el estado y la decisión de la audiencia imparcial ante el estado es diferente a la decisión de la Organización revisora independiente, será la decisión de la audiencia imparcial estatal la que sea definitiva. La decisión de la audiencia imparcial ante el estado solo puede mantener o aumentar los beneficios y servicios del asegurado a partir de la decisión de la Organización revisora independiente.

Es posible que pueda seguir recibiendo sus servicios durante el proceso de la audiencia imparcial ante el estado. Para solicitar esto, en el formulario de solicitud de apelación a la cobertura médica, marque "Yes" (Sí) donde dice "*Do you want your services to continue?*" (¿Desea mantener sus servicios?). También puede llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente e informarles que desea mantener los servicios. Si pierde la audiencia imparcial ante el estado o la revisión médica externa, es posible que tenga que reembolsarle a BCBSTX los servicios prestados durante la apelación. BCBSTX no puede pedirle que devuelva el dinero de los servicios que recibió sin pedir primero permiso a la HHSC.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que el hecho de esperar a una revisión médica externa estándar puede poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la funcionalidad máxima, usted, uno de sus padres o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial ante el estado de emergencia. Para ello, escriba o llame a BCBSTX.

Para ser elegible para una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de BCBSTX.

PARTE 14**Recursos estatales de Medicaid****Si ya no podemos brindarle nuestros servicios**

Es posible que no le brindemos cobertura en los siguientes casos:

- si se muda fuera del área de servicio de BCBSTX de forma permanente;
- si ya no tiene Medicaid.

Su cobertura de BCBSTX entra en vigor en la fecha que figura en el frente de la tarjeta de asegurado de BCBSTX. Finaliza en la fecha asignada a BCBSTX por la HHSC. La HHSC determina lo siguiente:

- la elegibilidad e inclusión de los asegurados en la cobertura;
- el rechazo de la solicitud de cobertura o la cancelación de la cobertura médica de un asegurado.

Si desea obtener más información, llame a la línea directa de Medicaid de la HHSC al **211** o al **1-866-566-8989**.

¿Puede BCBSTX pedir mi baja de su cobertura por incumplimiento?

BCBSTX puede cancelar su cobertura médica en los siguientes casos:

- usted permite que otra persona use su tarjeta de asegurado de BCBSTX;
- agrede verbalmente al PCP, al personal del consultorio o a otros asegurados;
- causa problemas a las operaciones de BCBSTX;
- usa habitualmente la sala de emergencias para atención médica de rutina;
- comete fraude;
- hace declaraciones falsas sobre usted.

- afecta negativamente la capacidad de BCBSTX para proporcionar o coordinar servicios para usted u otros asegurados;
- afecta negativamente la capacidad de un profesional médico para proporcionar servicios a otros pacientes.

Si tiene una queja sobre la cancelación de su cobertura por parte de BCBSTX, consulte la **Parte 13: Cómo resolver un problema con BCBSTX**.

Si desea cancelar su cobertura de BCBSTX, comuníquese con Maximus al **1-800-964-2777**. Si quiere cancelar porque no está conforme, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Nos gustaría tener la oportunidad de solucionar el problema.

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis meses, recibirá los servicios de Medicaid de la misma cobertura médica que tenía antes de perderla. También tendrá el mismo PCP de antes.

**Cómo cambiar de cobertura médica
¿Qué ocurre si quiero cambiar de cobertura médica?**

Puede cambiar su cobertura médica llamando a la línea de ayuda del programa Texas STAR al **1-800-964-2777**. Usted puede cambiar su cobertura siempre que quiera.

¿Cuándo entra en vigor el cambio de mi cobertura médica?

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

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

¿A quién debo llamar?

Llame a Maximus, el corredor de seguros responsable de las solicitudes de cobertura, al **1-800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de cobertura médica?

- Usted puede cambiar de cobertura las veces que quiera.
- Si está internado en el hospital, no puede cambiar de cobertura médica hasta que reciba el alta.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios de la HHSC y al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al **1-888-657-6061** (TTY: **711**). Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a BCBSTX, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de BCBSTX hasta que la HHSC cambie su dirección.

Podemos ayudarlo a encontrar profesionales médicos cercanos a su hogar en su nueva área. También puede encontrar una lista de profesionales médicos en el directorio en línea Provider Finder ingresando en espanol.bcbstx.com/medicaid.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line.

Cómo renovar la cobertura médica

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

No pierda ninguno de sus servicios médicos. Debe renovar los beneficios cada 12 meses.

- 1 La HHSC le enviará una carta cuando sea el momento de renovar los beneficios y servicios. Si no los renueva antes de la fecha de finalización, perderá sus beneficios y servicios.
- 2 Visite www.YourTexasBenefits.com (haga clic en “Español”) para solicitar y renovar los beneficios en línea. Haga clic en “Maneje su cuenta o sus aplicaciones” (*Manage your account*) y cree una cuenta para consultar fácilmente el estado de sus beneficios.

Si necesita ayuda para completar su solicitud de renovación, puede llamar a un asesor para asegurados al **1-877-375-9097** (TTY: **711**).

Si tiene preguntas, puede llamar al **211**. Elija un idioma y luego seleccione la opción 2.

PARTE 15**Otros datos que quizá necesite saber****Cómo comunicarse con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente**

Nuestro personal está capacitado para ayudarlo a entender su cobertura médica. Podemos brindarle información detallada sobre lo siguiente:

- elegibilidad;
- beneficios y servicios médicos;
- cómo obtener servicios;
- cómo elegir o cambiar su PCP;
- su cobertura médica;
- servicios para la vista para sus hijos;
- cómo obtener medicamentos con receta;
- transporte;
- quejas y apelaciones.

¿Cómo obtener ayuda después del horario habitual de atención?

La línea del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención y durante los fines de semana. Lo llamaremos al siguiente día hábil.

También puede consultar nuestro sitio web para saber si la información que necesita se encuentra disponible en línea. Visite el sitio web espanol.bcbstx.com/medicaid.

Abuso, negligencia y explotación

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, esto incluye estar exento de cualquier forma de abuso, negligencia y explotación.

¿Qué es abuso, negligencia y explotación?

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

La negligencia causa hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc.

La negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

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

Cómo reportar el abuso, la negligencia y la explotación

La ley requiere que usted informe sobre sospechas de abuso, negligencia o explotación, incluso el uso no aprobado de restricciones o aislamiento cometido por un profesional médico.

Llame al **911** en situaciones de emergencia o que ponen en peligro la vida.

Informe por teléfono (si no es una emergencia)

las 24 horas del día, los 7 días de la semana, gratis.

Informe al Departamento de Asuntos de la Tercera Edad y Personas con Discapacidad (DADS, en inglés) llamando al **1-800-647-7418**, si la persona que sufre abuso, negligencia o explotación vive en o recibe servicios de alguno de los siguientes:

- un asilo;
- un centro de vida asistida;
- un centro de atención diurna para adultos;

- un proveedor de cuidado temporal de adultos con licencia;
- una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA, en inglés) o una agencia de atención médica a domicilio.

Las sospechas de abuso, negligencia o explotación cometidos por una HCSSA también se tienen que reportar al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS, en inglés).

Informe al DFPS sobre cualquier otra sospecha de abuso, negligencia o explotación llamando al **1-800-252-5400**.

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

Visite <https://txabusehotline.org> (disponible solo en inglés). Este es un sitio web protegido. Usted tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos por una contraseña.

Información útil al presentar un informe

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

Malgasto, abuso y fraude

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico, otros prestadores de servicios médicos o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Puede tratarse de malgasto, fraude o abuso, que son actos ilícitos. Por ejemplo, avísenos si piensa que alguien hace lo siguiente:

- Recibe pagos por servicios que no se brindaron o no eran necesarios.
- No dice la verdad sobre un problema de salud para recibir tratamiento médico.
- Permite que otra persona use su número de asegurado de Medicaid.

- Usa el número de asegurado de Medicaid de otra persona.
- No dice la verdad sobre la cantidad de dinero o los recursos que tiene para recibir servicios y beneficios.

Para informar malgasto, fraude o abuso, tome alguna de las siguientes medidas:

- Llame a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG, en inglés) al **1-800-436-6184**.
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov> (disponible solo en inglés). Debajo del cuadro "What We Do" (Qué hacemos), haga clic en "Report Fraud" (Denunciar fraude) y complete el formulario en línea *OIG Fraud Reporting Form*.
- También puede presentar denuncias directamente ante su aseguradora a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 660044
Dallas, Texas 75266-9506

Llame a la línea directa de investigaciones especiales, con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número para llamadas sin costo **1-800-543-0867** (TTY: **711**).

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

Cuando denuncie a prestadores de servicios médicos (un médico, dentista, consejero, etc.), incluya lo siguiente:

- el nombre, la dirección y el teléfono del profesional médico;
- el nombre y la dirección del centro (hospital, asilo, agencia de atención médica a domicilio, etc.);
- el número de Medicaid del prestador de servicios médicos o centro, si lo sabe;
- el tipo de prestador de servicios médicos (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.);

- el nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
- las fechas de los sucesos;
- un resumen de lo ocurrido.

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:

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

De vez en cuando, BCBSTX le enviará cartas para pedirle que verifique haber recibido los servicios. Le agradeceremos que responda estas cartas. Esto nos ayuda a evitar el fraude, el malgasto y el abuso.

Llámenos sin costo al número del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**).

Nuevos tratamientos médicos

En BCBSTX revisamos los nuevos tratamientos médicos con regularidad. Un grupo de prestadores de atención médica primaria, especialistas y directores médicos deciden si el tratamiento:

- ha sido aprobado por el gobierno;
- ha demostrado en un estudio confiable cómo afecta a los pacientes;
- ayudará a los pacientes del mismo modo o en mayor medida que los tratamientos actuales;
- mejorará la salud de un paciente.

Después de la revisión, el grupo decide si el tratamiento es médicamente necesario.

Si su médico nos solicita un tratamiento que el grupo de revisión todavía no ha analizado, nuestros revisores obtendrán información sobre el tratamiento y tomarán una decisión. Le informarán a su doctor si el tratamiento es médicamente necesario y está aprobado.

Mejoramiento de la calidad

En BCBSTX, queremos mejorar su cobertura médica. Para ello, tenemos un programa para el mejoramiento de la calidad (QI, en inglés) que describe los procesos, objetivos y resultados relacionados con la atención médica y los servicios a los asegurados. A través de este programa:

- Evaluamos nuestra cobertura médica con el fin de mejorarla.
- Llevamos un registro de su nivel de satisfacción con su doctor.
- Llevamos un registro de su nivel de satisfacción con nuestros servicios.
- Usamos la información obtenida para planificar cómo mejorar nuestros servicios.
- Ponemos en marcha nuestra planificación para mejorar los servicios de atención médica que usted recibe.

Para recibir información detallada sobre el programa QI, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o visite el sitio web para asegurados con cobertura STAR, en la sección "Formularios y documentos".

Medicaid y los seguros privados

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

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

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

Puede llamar gratis a la línea directa **1-800-846-7307**.

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

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

¿Qué hago si recibo una factura de mi médico?

En la mayoría de los casos, no debería recibir facturas de un prestador de servicios médicos de BCBSTX. Si recibe alguna, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Es posible que deba pagar cargos en los siguientes casos:

- si acordó pagar servicios que no están incluidos en la cobertura o que no fueron aprobados por BCBSTX;
- si acordó pagar servicios de un prestador de servicios médicos que no trabaja con BCBSTX y no recibió nuestra aprobación con anticipación.

¿A quién debo llamar?

Si recibe una factura y cree que no debe pagar los servicios, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Qué información necesitan?

Debe contar con la factura en el momento de la llamada. Algunas veces, un prestador de servicios médicos podría enviarle un estado de cuenta que no es una factura. Le confirmaremos si debe pagarlo. Bríndenos los siguientes detalles:

- fecha del servicio;
- monto que se le cobra;
- por qué se le facturó.

Instrucciones anticipadas (testamentos vitales)

¿Qué son las instrucciones anticipadas?

Un testamento vital es un documento legal que establece cómo desea que lo traten si no puede hablar o tomar decisiones.

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

Si está demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre su atención médica, puede nombrar a su cónyuge como la persona que tomará por usted esas decisiones.

Enumere los tipos de atención que prefiere o los que no quiere. Por ejemplo, algunas personas prefieren no ser mantenidas con vida mediante equipos de soporte vital si entran en estado de coma. Su PCP incluirá el testamento vital en el expediente médico. De ese modo, su doctor sabrá lo que usted desea.

Usted tiene derecho a presentar documentos con estos datos para que los usen su doctor y otros prestadores de servicios médicos. Se los conoce como “instrucciones anticipadas para asuntos médicos”. Pida ayuda a su familia, su PCP o a alguien de su confianza. Puede cambiar o dejar sin efecto su testamento vital en cualquier momento.

¿Cómo obtengo una instrucción anticipada?

Puede encontrar los formularios que necesite en tiendas de suministros para oficinas y en farmacias. Por lo general, también puede obtenerlos en el bufete de un abogado. Si tiene más preguntas sobre los testamentos vitales, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Deducibles y copagos

No debe pagar deducibles ni copagos por los servicios incluidos en la cobertura.

No hay gastos de bolsillo para los asegurados con cobertura STAR.

Su expediente médico

Las leyes federales y estatales le permiten ver su expediente médico. Primero, pídselo a su PCP. Si tiene problemas para conseguir su expediente médico del PCP, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Políticas de privacidad

Tenemos derecho a obtener información de cualquier persona que le brinde atención. Usamos esta información para poder pagar y administrar su atención médica. Mantenemos la privacidad de esta información entre usted, su prestador de servicios médicos y nosotros, o según lo permita la ley. Consulte el *Aviso de prácticas de privacidad* de este manual o llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para recibir una copia. También puede obtener una copia en <https://www.bcbstx.com/pdf/hipaa/medicaid-hipaa-notice-tx.pdf> (documento en inglés).

Cambios en el programa

Los servicios de BCBSTX pueden cambiar si el programa Medicaid implementa modificaciones. A veces, los prestadores de servicios médicos de BCBSTX se mudan, se jubilan o se retiran de la red. Le informaremos sobre estos cambios al menos 30 días antes de que entren en vigor. Si tiene alguna pregunta sobre los cambios en el programa o los centros de atención de un PCP, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Información disponible para los asegurados

Como asegurado de BCBSTX, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los profesionales de la red; por lo menos los prestadores de atención médica primaria, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada profesional de la red y los idiomas que hablan (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos profesionales médicos que no están aceptando a nuevos pacientes y, cuando corresponda, las cualificaciones profesionales, la especialidad, la facultad de medicina a la que fueron, la finalización de la residencia y el estado de la certificación de la junta médica.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los profesionales de la red.
- Sus derechos y obligaciones.
- Información sobre los trámites de queja, apelación, revisión médica externa y audiencia imparcial ante el estado.
- Información sobre los beneficios y servicios médicos disponibles bajo el programa Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios y servicios médicos. Se hizo así para garantizar que usted entienda los beneficios y servicios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios y servicios médicos, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Información sobre los servicios y ámbitos sustitutivos, como los montos, la duración, el alcance de dichos beneficios y servicios, y las normas sobre referidos, en caso de que su organización médica administrada ofrezca servicios y ámbitos sustitutivos.

- Cómo obtener beneficios y servicios, entre ellos, servicios de planificación familiar, servicios de profesionales médicos fuera de la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y para después del horario de atención, y los límites a dichos beneficios y servicios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su PCP para recibir atención médica de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluido cómo usar el sistema telefónico de **911** o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde prestadores de servicios médicos y hospitales prestan servicios de emergencia con cobertura de Medicaid.
 - Una declaración sobre su derecho de acudir a cualquier hospital u otro lugar para recibir atención médica de emergencia.
 - Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre referidos a atención médica especializada y a otros servicios médicos que el PCP no presta.
- Las pautas de práctica de BCBSTX.

Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos

En BCBSTX debemos proporcionarle un *Aviso de prácticas de privacidad* de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés), así como un *Aviso estatal de prácticas de privacidad*. En el *Aviso de prácticas de privacidad* de la ley HIPAA se explica cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información de salud protegida y los derechos que usted tiene sobre tal

información conforme a la ley federal. En el *Aviso estatal de prácticas de privacidad* se explica cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información financiera personal de carácter privado y los derechos que usted tiene sobre tal información conforme a la ley estatal. Tómese unos minutos para examinar estos avisos. Puede consultar el sitio web de BAM, portal protegido para asegurados, en espanol.bcbstx.com/medicaid y suscribirse para recibir estos avisos por correo electrónico. Encontrará nuestra información de contacto al final de los avisos.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene determinados derechos.

En esta sección, se explican sus derechos y algunas de las cosas que podemos hacer para ayudarlo.

Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones:

- Puede solicitar ver sus expedientes médicos y reclamaciones u obtener una copia de estos documentos, como así también de otra información médica que tengamos sobre usted. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de sus reclamaciones dentro de los 30 días de haber recibido la solicitud, salvo que solicitemos más tiempo. Es posible que cobremos una tarifa mínima.

Solicitar que corrijamos expedientes médicos o de reclamaciones:

- Puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos o de reclamaciones si considera que tienen errores. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Podríamos rechazar la solicitud de corrección de sus expedientes. Le informaremos por escrito el motivo dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones privadas:

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una determinada manera o que le enviemos correspondencia a otro domicilio. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Responderemos todas las solicitudes. Aceptaremos su solicitud si nos hace saber que correría peligro en caso de que la rechazemos.

Pedir que limitemos lo que usamos o lo que compartimos:

- Puede pedirnos que no compartamos ni usemos determinada información médica. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos rechazarla si al aceptarla su atención médica se vería afectada.

Obtener una lista de las entidades con las que hemos compartido información:

- Puede pedirnos una lista con detalles de los últimos seis años sobre las fechas en las que compartimos su información, las personas con las que la compartimos y los motivos. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Le proporcionaremos dicha información; sin embargo, no le proporcionaremos información sobre el pago de su atención médica. Le ofreceremos dicha información una vez al año sin costo, y es posible que le cobremos una tarifa mínima según el costo si nos pide otra lista dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso:

- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso por correo electrónico. Si desea obtener una copia de este aviso, comuníquese con nosotros con la información de contacto que figura al final de este aviso y se la enviaremos.

Elegir a alguien que lo represente:

- Si le otorgó a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien es su tutor, dicha persona también puede solicitar información y tomar decisiones por usted.
- Nos aseguraremos de que esas personas estén autorizadas para obtener información sobre usted antes de suministrársela.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos:

- Si considera que no hicimos lo correcto con su información, puede enviarnos su queja. Comuníquese con nosotros con la información de contacto que aparece al final del aviso.

- También puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para hacerlo, llame al **1-877-696-6775**, ingrese en **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints** (en inglés) o envíe una carta a la siguiente dirección:

200 Independence Ave., SW,
Washington, D.C. 20201

Tiene derecho a presentar una queja, y si lo hace, no lo usaremos en su contra.

SUS ELECCIONES

Para determinada información médica, puede informarnos sus elecciones respecto de lo que compartimos.

Si sabe cómo desea que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber y seguiremos sus indicaciones. Comuníquese con nosotros con la información de contacto que figura al final de este aviso.

En estas situaciones, tiene el derecho y la opción de indicarnos que hagamos lo siguiente:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica.
- Compartamos información en malas situaciones y ayudemos a solucionar el problema.
- Nos comuniquemos con usted para colaborar en recaudaciones de fondos.

Si hay algún motivo por el cual no puede indicarnos con quién podemos compartir información, es posible que la compartamos si consideramos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir información por motivos de salud o de seguridad.

Nunca vendemos ni usamos su información para fines promocionales, salvo que nos dé su consentimiento por escrito.

USO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

¿Cómo usamos o compartimos su información médica?

Usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Para ayudarlo con el tratamiento de atención médica que recibe.

Podemos usar y compartir su información médica con médicos o personal médico que le brindan tratamiento.

Por ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar más servicios.

Para llevar a cabo nuestras operaciones.

Podemos usar y divulgar su información para apoyar y mejorar nuestras operaciones.

Por ejemplo: usamos la información médica para crear mejores servicios para usted.

No podemos usar su información genética para decidir si le brindaremos atención médica, a menos que se trate de planes de atención médica a largo plazo.

Para pagar sus servicios médicos.

- Podemos usar y divulgar su información médica al patrocinador de la cobertura médica con fines relacionados con la administración de la cobertura..

Por ejemplo: compartimos información sobre usted con su cobertura dental para efectuar un pago por los trabajos dentales.

Para administrar su cobertura.

- Es posible que divulguemos su información médica al patrocinador de la cobertura médica con fines relacionados con la administración de la cobertura.

Por ejemplo: es posible que proporcionemos determinada información al patrocinador de su cobertura médica para explicarle cómo cobramos nuestros servicios.

¿De qué otras formas podemos usar o compartir su información médica?

También podemos compartir su información para ayudar al bien público. Por ejemplo, para casos de salud pública y de investigación. Tenemos que cumplir muchas leyes antes de poder compartir su información para tales motivos. Para obtener más información, ingrese en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html (disponible solo en inglés).

Para ayudar con cuestiones de salud y seguridad públicas.

Podemos compartir su información médica para ciertas cuestiones, como las siguientes:

- prevenir enfermedades;
- ayudar en casos en los que se están retirando productos del mercado;
- informar reacciones adversas a medicamentos;
- informar supuestos casos de daño físico, negligencia o violencia doméstica;
- prevenir o minimizar una amenaza a la salud o a la seguridad de una persona.

Para llevar a cabo investigaciones.

Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones médicas.

Para cumplir con la ley.

Compartimos información sobre usted cuando lo requieren las leyes estatales o federales. Por ejemplo, podemos compartir información con el Departamento de

Salud y Servicios Humanos para que puedan verificar si cumplimos con las leyes de privacidad.

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con determinados expertos.

Podemos compartir su información médica con organizaciones que ayudan en la donación de órganos o tejidos con un médico forense, un médico legista o un director de funeraria.

Para atender casos de indemnización laboral, solicitudes de la policía y otras solicitudes del gobierno.

Podemos usar o compartir su información médica para lo siguiente:

- reclamaciones sobre indemnización laboral;
- aplicación de la ley o colaboración con las autoridades;
- apoyo para agencias de supervisión de salud para actividades aprobadas por ley;
- colaboración para funciones especiales del gobierno, como servicios del ejército, seguridad nacional y protección presidencial, o colaboración con prisiones en relación con los presidiarios.

Para responder a demandas y acciones legales.

Podemos compartir su información para responder a sentencias judiciales o para responder a citatorios.

Para determinada información médica.

Es posible que las leyes estatales nos exijan que seamos sumamente cuidadosos con la información sobre determinados problemas de salud o enfermedades. Por ejemplo, las leyes pueden prohibirnos que compartamos o usemos información sobre VIH/sida, salud mental, abuso de alcohol o drogas e información genética sin su consentimiento. En estas situaciones, nos regiremos por lo que estipulen las leyes estatales.

NUESTRAS OBLIGACIONES

Cuando se trata de su información médica, tenemos determinadas obligaciones.

- Tenemos que mantener su información médica segura y protegida.
- Tenemos que informarle si su información ha sido usada o compartida por alguna persona que pudiera perjudicarlo en cierta forma.
- Tenemos que cumplir con las prácticas de privacidad descritas en este aviso y asegurarnos de que usted pueda obtener una copia del aviso.
- No usaremos ni compartiremos su información, excepto de las formas descritas en este documento, a menos que usted nos autorice por escrito.

Podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, ingrese en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html (disponible solo en inglés).

Aviso estatal de prácticas de privacidad

En BCBSTX recopilamos información personal de carácter privado sobre usted de su cobertura médica, sus reclamaciones de atención médica, su información de pagos y otros tipos de agencias de informes. En BCBSTX nos comprometemos a lo siguiente:

- No compartir su información, incluso si usted deja de ser cliente, a terceros no afiliados, excepto si usted da su aprobación o si la ley lo exige.
- Limitar la cantidad de trabajadores que pueden ver su información a aquellos que realizan trabajos necesarios para dirigir nuestra compañía y que brindan atención a nuestros clientes.

- Contar con prácticas de privacidad y seguridad que protegen su información contra el uso no autorizado.
- Usar su información únicamente para procesar sus reclamaciones, para hacerle facturas y para proporcionarle servicio al cliente.
- Usar su información según lo permita la ley.

En BCBSTX podremos compartir su información con determinados terceros que realizan trabajos para nosotros o prestan servicios en nuestro nombre.

Si tiene preguntas sobre sus derechos o sobre estos avisos, comuníquese con nosotros por alguno de los siguientes medios:

1 Llámenos al **1-877-361-7594**.

2 Escribanos a esta dirección:

Privacy Office
Divisional Vice President
Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 804836
Chicago, IL 60680-4110

A continuación, se indican algunos ejemplos de terceros con los que podemos compartir su información:

- nuestros afiliados;
- socios clínicos y otros socios comerciales que prestan servicios en nuestro nombre;
- agentes o corredores de seguros, firmas de servicios financieros, compañías de reaseguros para la reducción de pérdidas (*stop-loss*);
- agencias reguladoras y otros grupos gubernamentales, incluida la policía;
- la aseguradora que ofrece su cobertura médica grupal.

Tiene derecho a preguntarnos sobre la información financiera de carácter privado que tengamos sobre usted y solicitarnos una copia de dicha información.

CAMBIOS EN ESTOS AVISOS

Tenemos derecho a modificar los términos de estos avisos. Los cambios realizados se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si realizamos cambios, la ley exige que le enviemos una copia del nuevo aviso.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si desea obtener una copia del aviso en algún momento, puede hacer lo siguiente:

- 1 Ingrese en el sitio web <https://www.bcbstx.com/medicaid/pdf/medicaid-hipaa-notice-tx.pdf> (documento en inglés).
- 2 O bien, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado.

PARTE 16**Sus derechos y obligaciones de atención médica****¿Cuáles son mis derechos y obligaciones?**

En BCBSTX queremos asegurarnos de que usted y su familia reciban la atención médica que necesitan. También queremos garantizar que se respeten sus derechos como asegurado.

Derechos de los asegurados

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los profesionales médicos.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable para escoger una cobertura médica y a un prestador de atención médica primaria. Este es el médico o prestador de servicios médicos que usted consultará la mayoría de las veces y que coordinará su atención médica. Usted tiene el derecho de cambiar a otra cobertura médica o prestador de servicios médicos de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye los derechos siguientes:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de cobertura médica y de prestador de atención médica primaria.
 - b. Escoger cualquier cobertura médica que usted quiera de las que haya en el área donde vive, y de escoger a su prestador de atención médica primaria de esa cobertura.
 - c. Cambiar de prestador de atención médica primaria.
 - d. Cambiar de cobertura médica sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de cobertura médica o de prestador de atención médica primaria.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye los derechos siguientes:
 - a. Recibir explicaciones del profesional sobre sus necesidades médicas y que le presente las opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le brindó la atención o el servicio.
 - c. Recibir información sobre su salud, cobertura médica, servicios y profesionales médicos.

- d. Ser informado de sus derechos y obligaciones.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye los derechos siguientes:
 - a. Trabajar en equipo con su profesional médico para decidir qué tipo de atención médica es la mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su prestador de servicios médicos.
5. BCBSTX ofrece servicios y ámbitos sustitutos, y usted tiene derecho a lo siguiente:
 - a. Recibir información sobre los servicios y ámbitos sustitutos que puede obtener y cómo solicitarlos.
 - b. Ser informado en caso de que se le rechacen o limiten los servicios y ámbitos sustitutos.
6. Tiene derecho a usar todos los procedimientos de queja y apelación disponibles a través de la organización de atención médica administrada y de Medicaid, y a recibir una respuesta oportuna a esas quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales ante el estado. Esto incluye los derechos siguientes:
 - a. Presentar una queja ante la aseguradora o el programa estatal Medicaid sobre la atención médica, el profesional médico o la aseguradora.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el proceso de apelación de su cobertura y recibir información sobre cómo usarlo.
- d. Pedir una revisión médica externa y una audiencia imparcial ante el estado al programa estatal Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Pedir una audiencia imparcial ante el estado sin una revisión médica externa al programa estatal Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
7. Tiene derecho a obtener acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos de comunicación ni de acceso físico. Esto incluye los derechos siguientes:
 - a. Tener acceso a un profesional médico, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para recibir cualquier atención médica inmediata y de emergencia que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier profesional médico. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés).
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus profesionales médicos o al comunicarse con la aseguradora. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del asegurado, que ayudan a alguien que tiene una discapacidad o que ayudan a los asegurados a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas de la cobertura médica, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.

8. Usted tiene derecho a que nunca se lo sujete por la fuerza o ponga en aislamiento en beneficio de otra persona, y a que nunca se lo fuerce a hacer algo que no quiere hacer o se lo castigue.
9. Tiene el derecho de saber que los médicos, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. La aseguradora no puede impedir que estas personas le brinden tal información, aunque la atención o el tratamiento no sean servicios incluidos.
10. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios con cobertura. Los doctores, hospitales y otros profesionales no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios con cobertura.
11. Tiene derecho a hacer recomendaciones en lo que respecta a la política de derechos y obligaciones de los asegurados de BCBSTX.
12. Tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y prestadores de servicios médicos, y sobre los derechos y obligaciones de los asegurados.
13. Tiene derecho a dialogar de forma sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus problemas de salud, independientemente del costo o de la cobertura de los servicios médicos.
14. Tiene derecho a participar junto con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.
15. Tiene derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
16. Tiene el derecho a expresar sus quejas o presentar apelaciones sobre la organización o la atención que brinda.

17. Usted tiene derecho a estar libre de toda forma de restricción o reclusión como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.

Obligaciones de los asegurados

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa Medicaid. Eso incluye las siguientes obligaciones:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Informarse sobre las otras coberturas médicas disponibles en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos de la cobertura y de Medicaid. Eso incluye las siguientes obligaciones:
 - a. Aprender y seguir las normas de la cobertura médica y de Medicaid.
 - b. Escoger su cobertura médica y su prestador de atención médica primaria sin demora.
 - c. Hacer cambios en su cobertura médica y cambiar de prestador de atención médica primaria, según lo indiquen Medicaid y la cobertura médica.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su prestador de atención médica primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su prestador de atención médica primaria antes de consultar a un especialista.
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.

3. Tiene que compartir con su prestador de atención médica primaria toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Eso incluye las siguientes obligaciones:
 - a. Informar a su prestador de atención médica primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus profesionales médicos de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los profesionales a obtener su historial clínico.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Eso incluye las siguientes obligaciones:
 - a. Trabajar en equipo con su profesional para decidir qué tipo de atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo lo que usted hace puede afectar su salud.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los profesionales médicos y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su profesional médico acerca de todos sus medicamentos.
5. Tiene la obligación de brindar información (en la medida de lo posible) que la organización y sus profesionales y prestadores de servicios médicos necesitan para brindarle atención médica.
6. Tiene la obligación de respetar los planes e instrucciones de atención que acordó con los profesionales.

7. Tiene la obligación de entender sus problemas médicos y establecer objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.

Obligaciones adicionales del asegurado cuando utiliza los servicios NEMT

1. Cuando solicite los servicios NEMT, debe proporcionar la información que le solicita la persona que programa o confirma su servicio de transporte
2. Debe seguir todos los reglamentos de los servicios NEMT.
3. Debe devolver todos los fondos por adelantado que no usó. Debe proporcionar pruebas de que acudió a la consulta médica antes de recibir fondos por adelantado en el futuro.
4. No debe maltratar ni acosar de manera verbal, sexual o física a nadie mientras solicita o recibe los servicios NEMT.
5. No debe perder los boletos ni los vales de autobús, y debe regresar los que no use. Debe usar los boletos y los vales de autobús únicamente para acudir a consultas médicas.
6. Únicamente debe usar los servicios NEMT para realizar viajes de ida y vuelta a consultas médicas.
7. Si usted programó un traslado con los servicios NEMT y, debido a un cambio, ya no lo necesita, debe comunicarse lo antes posible con la persona que le brindó asistencia para programar su traslado.

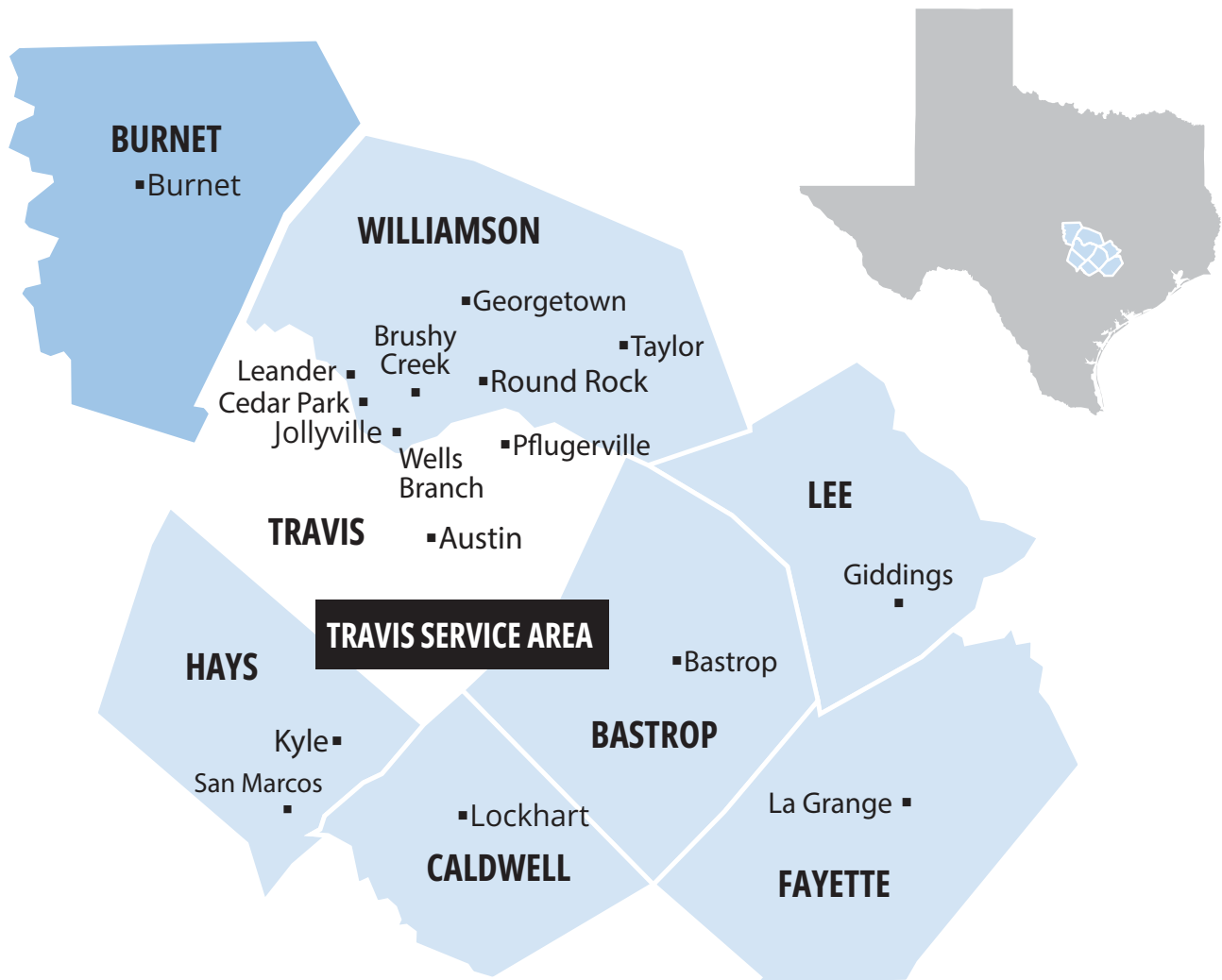
Si cree que ha recibido un trato injusto o que ha sido víctima de discriminación, llame sin costo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, en inglés) al **1-800-368-1019**. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en www.hhs.gov/ocr (disponible solo en inglés).

PARTE 17
Área de servicio de BCBSTX

Usted podría ser elegible para solicitar la cobertura médica del programa STAR de BCBSTX si vive en uno de los siguientes condados:

Área de servicio del condado de Travis

- Bastrop
- Burnet
- Caldwell
- Fayette
- Hays
- Lee
- Travis
- Williamson



PARTE 18

Definiciones

A continuación, se explican algunos de los términos usados en este manual:

Atención médica aguda (*Acute care*)

es la atención que se necesita a corto plazo. Comuníquese con el coordinador de servicios para que lo ayude a entender sus beneficios de atención médica aguda.

Apelación (*Appeal*) es una solicitud para que la organización de atención médica administrada vuelva a revisar un rechazo o una inconformidad.

Aprobación de BCBSTX (*Approval by BCBSTX*) significa que usted consiguió una autorización previa de BCBSTX para el servicio, como se explica en la Parte 5: Acceso a la atención.

Beneficios y servicios médicos (*Benefits*) son los servicios de atención médica y los medicamentos que le recete su doctor incluidos en la cobertura de este seguro.

Crónico (*Chronic*) se refiere a un problema médico de larga duración o con síntomas que siempre vuelven a presentarse.

Queja (*Complaint*) es una inconformidad que usted le comunica a la compañía aseguradora.

Copago (*Copayment*) es un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica incluido en la cobertura, por lo general, cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica incluido en la cobertura.

Cirugía estética (*Cosmetic surgery*) se realiza para cambiar o remodelar las partes del cuerpo normales a fin de mejorar su apariencia.

Cancelar la cobertura médica (*Disenroll*)

significa dejar de usar la cobertura médica porque ya no cumple con la elegibilidad o porque cambió de seguro médico.

El equipo médico duradero (*DME, en inglés*)

es un equipo indicado por un profesional médico para todos los días o por un tiempo prolongado. La cobertura de DME podría incluir, entre otros: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Emergencia (*Emergency*) es un problema médico que se manifiesta con síntomas agudos de reciente aparición de tal gravedad (incluso dolor muy fuerte) que una persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre salud y medicina, podría deducir razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría tener las siguientes consecuencias:

- poner en grave peligro la salud del paciente;
- ocasionar un daño grave en las funciones corporales;
- ocasionar una falla grave en el funcionamiento de algún órgano o parte del cuerpo;
- causar desfiguración grave;
- en el caso de una asegurada embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

Problema médico de emergencia

(*Emergency medical condition*) es una enfermedad, una lesión, un síntoma o un problema de salud tan grave que cualquier persona con sentido común buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte médico de emergencia (*Emergency medical transportation*) son servicios de ambulancia por aire o por tierra para un problema médico de emergencia.

Atención en salas de emergencias (*Emergency room care*) son los servicios de emergencia que se reciben en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia (*Emergency services*) son las evaluaciones de un problema médico de emergencia y el tratamiento para evitar que el problema empeore.

Servicios excluidos (*Excluded services*) son los servicios de atención médica que su aseguradora o cobertura médica no pagan ni incluyen.

Inconformidad (*Grievance*) es una queja ante la compañía aseguradora.

Equipos y servicios de habilitación (*Habilitation services and devices*) son servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, adquirir o mejorar habilidades y funcionamientos para la vida cotidiana.

Seguro médico (*Health insurance*) es un contrato que exige que la compañía aseguradora pague los costos de atención médica por los servicios incluidos en su cobertura médica a cambio de una prima.

Aseguradora (*Health plan*) es un grupo que ofrece seguros médicos de atención médica administrada.

Agencias de atención médica a domicilio (*Home health agencies*) y **asociaciones de enfermeros a domicilio** (*Visiting nurse associations*) son instituciones que ofrecen atención de enfermería especializada y otros servicios en el hogar.

Servicios de atención médica a domicilio (*Home health care*) son los servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

Cuidados paliativos (*Hospice services*) son servicios para proporcionar comodidad y apoyo a las personas que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospital es el lugar donde los médicos y el personal de enfermería le brindan atención, ya sea como paciente internado o ambulatorio.

Hospitalización (*Hospitalization*) es la atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y, por lo general, una estadía durante la noche.

Atención hospitalaria a pacientes ambulatorios (*Hospital outpatient care*) es la atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía durante la noche.

Atención hospitalaria a pacientes internados (*Inpatient care*) se refiere a cuando usted tiene que pasar la noche en un hospital u otro centro para recibir la atención médica que necesita.

Medicamento necesario (*Medically necessary*) se refiere a servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, una lesión, un problema de salud o sus síntomas, que cumplen con los estándares de medicina aceptados.

Red (*Network*) es una estructura conformada por los centros, prestadores de servicios médicos y proveedores que tienen contrato con su compañía aseguradora para proporcionar servicios de atención médica.

Prestador de servicios médicos no participante (*Non-participating provider*)

es un prestador de servicios médicos que no tiene contrato con su compañía aseguradora para proporcionarle servicios con cobertura. Puede ser más difícil conseguir autorización de su compañía aseguradora para obtener servicios de un prestador de servicios médicos no participante que de uno participante. Existen algunos casos en los que su compañía aseguradora puede aceptar pagar a un prestador de servicios médicos no participante. Por ejemplo, cuando no hay otros prestadores de servicios médicos.

Atención a pacientes ambulatorios (*Outpatient care*)

se refiere a cuando usted no tiene que pasar la noche en un hospital u otro centro para recibir la atención médica que necesita.

Prestador de servicios médicos participante (*Participating provider*)

es un prestador de servicios médicos que tiene contrato con su compañía aseguradora para proporcionarle los servicios con cobertura.

Servicios de médicos (*Physician services*)

son los servicios de atención médica proporcionados o coordinados por un médico con licencia (doctor en medicina o doctor en medicina osteopática).

Cobertura (*Plan*) es un beneficio, como Medicaid, a través del cual se proporcionan y pagan sus servicios de atención médica.

Preautorización (*Pre-authorization*)

es la decisión por parte de la compañía aseguradora de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero solicitados por usted o por su prestador de servicios médicos son médicamente necesarios. Esta decisión o aprobación,

a veces llamada aprobación previa o certificación, debe obtenerla antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su seguro de gastos médicos o su cobertura cubrirán el costo.

Prima (*Premium*) es el monto que se debe pagar por el seguro de gastos médicos o la cobertura.

Cobertura de medicamentos con receta (*Prescription drug coverage*) es el seguro de gastos médicos o la cobertura que le ayuda a pagar los medicamentos con receta.

Medicamentos con receta (*Prescription drugs*) son medicamentos que, por ley, requieren una receta.

Prestador de atención médica primaria (*Primary care provider, PCP*)

es el profesional médico que ha elegido para que le proporcione la mayor parte de la atención médica. Este profesional lo ayuda a que usted reciba la atención médica que necesita. Su PCP debe aprobar ciertos tipos de atención médica con anticipación. No es necesario que su PCP apruebe la atención médica de emergencia.

Autorización previa (*Prior authorization*)

se refiere a cuando BCBSTX y su prestador de servicios médicos aceptan con anticipación que el servicio o la atención que usted solicitó están incluidos en la cobertura.

Prestador de servicios médicos o profesional médico (*Provider*)

es un médico (doctor en medicina o doctor en medicina osteopática), un profesional de la salud o un centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación, conforme a lo exigido por la ley estatal.

Los tipos de prestador de servicios médicos incluyen los siguientes:

- **Técnico en audiolología:** profesional médico que evalúa la audición.
- **Enfermero partero con certificación:** es un enfermero titulado (registered nurse) que le brinda atención médica a usted durante el embarazo y el parto.
- **Enfermero anesthesiólogo titulado (CRNA, en inglés):** es un enfermero titulado con certificación para administrarle anestesia.
- **Quiropráctico:** prestador que trata problemas de la columna vertebral u otras estructuras del cuerpo.
- **Dentista:** médico que se ocupa del cuidado de los dientes y de la boca.
- **Médico de familia:** es un médico que trata problemas médicos generales.
- **Médico general:** es un médico que trata problemas médicos generales.
- **Auxiliar de enfermería con licencia:** es un enfermero certificado que trabaja con su doctor.
- **Consejero profesional autorizado:** es una persona que está capacitada para tratar problemas mentales y emocionales.
- **Trabajador social con licencia:** es un terapeuta capacitado que evalúa, diagnostica y trata adicciones y problemas mentales y emocionales.
- **Consejero matrimonial, infantil y de familia:** es una persona que ayuda con los problemas familiares.
- **Practicante de enfermería (nurse practitioner) o asistente médico:** es un profesional clínico que puede atenderlo, averiguar qué le ocurre y darle tratamiento.
- **Ginecólogo-obstetra (OB/GYN, en inglés):** es un médico que se ocupa de los problemas médicos que pueden incluir la atención durante el embarazo y el parto.
- **Terapeuta ocupacional:** es un profesional médico que ayuda a recuperar las habilidades y actividades para la vida diaria luego de una enfermedad o una lesión.
- **Optometrista:** es un proveedor que le brinda cuidados para los ojos y la vista.
- **Ortopedista:** es un médico que proporciona una variedad de férulas, aparatos ortopédicos y calzado especial para asistir el movimiento, corregir deformidades y aliviar molestias.
- **Pediatra:** es un médico que trata a los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia.
- **Fisioterapeuta:** es un profesional de la salud que lo ayuda a recuperar la fuerza física después de una enfermedad o una lesión.
- **Podiatra o quiropodista:** es un profesional médico que se ocupa del cuidado de los pies.
- **Psiquiatra:** es un médico que trata los problemas de salud mental y receta medicamentos.
- **Psicólogo:** es un profesional de la salud que tiene un doctorado y que trata problemas de salud mental.
- **Enfermero titulado (registered nurse):** es un enfermero que recibe más entrenamiento que un auxiliar de enfermería con licencia y que está habilitado para hacer ciertas tareas complejas con su doctor.
- **Terapeuta para la respiración:** es un profesional de la salud que lo ayuda con la respiración.
- **Patólogo del habla:** es un profesional de la salud que lo ayuda con el habla.
- **Cirujano:** es un médico capacitado para operar pacientes.

Cirugía reconstructiva (*Reconstructive surgery*) es la que se hace cuando hay un problema con alguna parte del cuerpo. Este problema puede deberse a un defecto congénito, a una enfermedad o a una lesión. Es médicamente necesaria para mejorar la apariencia o la función de esa parte del cuerpo.

Equipos y servicios de rehabilitación (*Rehabilitation services and devices*)

son servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funcionamientos para la vida cotidiana perdidos o disminuidos a causa de una enfermedad, daño o discapacidad.

Atención de enfermería especializada (*Skilled nursing care*) son servicios que brindan enfermeros con licencia en el hogar o en un asilo.

Centro de enfermería especializada (*Skilled nursing facility*) es un lugar que le proporciona servicios de enfermería las 24 horas del día y que solo profesionales médicos capacitados pueden ofrecer.

Especialista (*Specialist*) es un médico que se centra en un área específica de la medicina o de un grupo de pacientes para diagnosticar, cuidar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y problemas de salud.

Trabajador de campo migrante (*Traveling farmworker*) es un trabajador a quien, generalmente, se lo define como una persona cuyo trabajo principal es la agricultura por temporada, que ha estado empleada en esta actividad durante los últimos 24 meses, que hace actividades relacionadas con la producción o el procesamiento de cultivos, productos lácteos, productos avícolas o ganaderos para la venta inicial con fines comerciales

o como medio principal de subsistencia personal y que establece un hogar provisional de acuerdo con este trabajo.

Atención médica inmediata (*Urgent care*) es la atención de una enfermedad, una lesión o un problema de salud lo suficientemente grave como para que una persona con sentido común busque ayuda de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Problema de salud que requiere atención médica inmediata (*Urgent medical condition*) NO es una emergencia, PERO precisa atención médica en un plazo de 24 horas.

Parte 19**Chequeos del programa Pasos Sanos de Texas**

Revise las siguientes secciones y busque la correspondiente a la edad de su hijo. Allí se indica cuándo debe llevar a su hijo a cada chequeo preventivo del programa Pasos Sanos de Texas.

Del nacimiento a los 9 meses

- Los chequeos para bebés deben hacerse entre los 3 y 5 días de vida, a las 2 semanas y, luego, a los 2, 4, 6 y 9 meses de vida.
- Los médicos se aseguran de que los bebés estén sanos y crezcan como deben.
- Durante un chequeo, el doctor revisará a su bebé de pies a cabeza, para detectar si tiene algún problema de salud que usted quizás no haya notado.
- Los bebés también pueden recibir vacunas sin costo durante el chequeo, para protegerlos de enfermedades.
- Los chequeos dentales comienzan a los 6 meses de edad y, luego, deben realizarse cada tres a seis meses.
- El dentista o el doctor pueden poner fluoruro en los dientes de su hijo durante un chequeo dental o médico.

Del primer al cuarto año

- Los niños necesitan chequeos médicos a los 12, 15 y 18 meses de vida, y a los dos, dos y medio, tres y cuatro años.
- Durante un chequeo, el médico puede realizar pruebas para verificar si hay otros problemas.
- Los niños pequeños también pueden recibir vacunas gratuitas durante el chequeo, para protegerlos de enfermedades.
- Durante el chequeo, el médico le hará preguntas sobre lo que su hijo está aprendiendo a hacer y sobre cómo se relaciona con los demás.
- Los niños necesitan chequeos dentales cada 3 a 6 meses, salvo que el dentista necesite verlos con más frecuencia.

De 5 a 10 años

- Los niños necesitan chequeos médicos a los 5, 6, 7, 8, 9 y 10 años de edad.
- Los niños recibirán vacunas que ayudan a protegerlos de enfermedades.
- Durante un chequeo, el médico puede realizar pruebas para verificar si hay otros problemas.
- Los niños necesitan chequeos dentales cada seis meses.
- Los dentistas pueden poner capas especiales (llamadas “selladores”) que protegen los dientes de su hijo.

De 11 a 20 años

- Los adolescentes y los adultos jóvenes necesitan realizarse un chequeo anual.
- Durante un chequeo, el médico puede realizar pruebas para verificar si hay otros problemas.
- Durante los chequeos, los médicos hablan con los adolescentes sobre los hábitos alimenticios, el ejercicio, las formas de evitar lesiones y cómo tener una vida saludable.
- Durante un chequeo médico, el médico le preguntará si su hijo adolescente tiene preocupaciones que puedan causar problemas en su salud mental o física. Este chequeo médico no es lo mismo que un examen físico para practicar deportes.
- Su hijo adolescente necesitará consultar al dentista cada seis meses.

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

- exámenes de la vista y anteojos;
- pruebas de la audición y audífonos;
- otros tipos de atención médica o dental;
- tratamiento de otros problemas médicos.

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o para obtener interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, lo que incluye materiales en formatos alternativos, como letra grande, braille u otros idiomas, llame al número del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al número en su tarjeta de asegurado.

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al **1-855-710-6984**.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: **1-855-664-7270** (buzón de voz)
TTY/TDD: **1-855-661-6965**
Fax: **1-855-661-6960**
Correo electrónico: civilrightscordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**
TTY/TDD: **1-800-537-7697**

Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> (en inglés)

Formularios de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html> (en inglés)

Este aviso está disponible en nuestro sitio web, en <https://espanol.bcbstx.com/medicaid/pdf/medicaid-non-discrimination-tx.pdf>

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1-855-710-6984** (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-855-710-6984 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે બીજી ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક મદદ અને સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: Se parli italiano, puoi usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica. Sono inoltre disponibili, senza costi, strumenti e servizi ausiliari per ricevere informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711) o rivolgiti a un assistente.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHÓÓ: Diné Bizaad k'ehjí éí dinit's'á'go, t'áá nizaad k'ehjí níká a'doo wołgo bohónéedzâ. Łahgo bee ata' hodoonigo áádóó éí doodago ałtaa át'éego níka a'doowołgo t'áá jiik'e nábee ahoot'í'. 1-855-710-6984 (TTY: 711) jį' hodíłni éí doodago nits'íís náyaa áhályánii bich'í' hadíłdzi.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و تماس خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با 1-855-710-6984 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاونامداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-710-6984 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

