

Áreas de servicio del centro y de Travis



Manual para asegurados de la cobertura **STAR Kids**

Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente: **1-877-688-1811**; TTY: **711**
espanol.bcbstx.com/medicaid

Vigente a partir de septiembre de 2026

¡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, usted y su hijo reciben este manual con información para ayudarlos a aprovechar al máximo su cobertura médica.

Si necesita este manual en otros formatos o idiomas, como CD de audio, texto en letras grandes, en braille o en otros idiomas además del inglés y el español, llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-877-688-1811**. 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. BCBSTX cumple con todas las leyes federales y estatales aplicables.

Lea este manual para obtener información sobre cómo funciona su cobertura. Tiene que obtener nuestra aprobación* antes para que algunos tipos de atención estén incluidos en la cobertura.

En BCBSTX hay una red de prestadores de servicios para atención aguda (servicios médicos y de salud mental), así como para apoyo y servicios a largo plazo (LTSS, en inglés). Ampliamos nuestra red constantemente. Si cree que ningún prestador de nuestra red puede brindarle a su hijo el cuidado que necesita, debe notificárselo a su coordinador de servicios al **1-877-301-4394**.

Si tiene otra cobertura médica, como un seguro comercial o Medicare, puede seguir consultando al prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés) no participante en Medicaid con el que ya ha establecido una relación. Si no tiene un PCP, podemos ayudarlo a elegir uno que forme parte de la red.

No necesita una aprobación para consultar a un PCP u otros profesionales que formen parte de la red. Si necesita ayuda, puede comunicarse con el coordinador de servicios de su hijo o con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. La atención de emergencia y la atención médica inmediata no requieren autorización previa. Tampoco necesita nuestra aprobación ni un referido** de su PCP para consultar a un profesional de servicios de planificación familiar.

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

** En este manual, utilizamos el término “referido” para referirnos al proceso por el cual un profesional médico le recomienda a un asegurado que consulte a otro profesional 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 enfermería telefónica 24/7 Nurseline aparecen al final de cada página de este manual.

Estamos a sus órdenes.

Blue Cross and Blue Shield of Texas

“Usted” hace referencia al asegurado, el padre o la madre, o el representante autorizado (LAR, en inglés).

Si tiene preguntas, llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al **1-877-688-1811** (TTY: **711**) o a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-855-802-4614**.

Índice

Parte 1

Información y números de teléfono importantes..... 1

Parte 2

Medidas importantes que debe tomar para su hijo 6

Parte 3

Su tarjeta de asegurado..... 7

Su tarjeta de asegurado de BCBSTX..... 7

Tarjeta Medicaid Your Texas Benefits..... 8

Portal para clientes

YourTexasBenefits.com de Medicaid 9

Formulario provisional para la verificación de elegibilidad de Medicaid (formulario 1027-A) 9

Parte 4

Su prestador de atención médica primaria (PCP) 10

Cómo elegir un PCP 10

Cómo programar una cita con el médico de su hijo 10

Plan de incentivos para médicos..... 11

Cómo cambiar de PCP 11

Directorio de prestadores de servicios médicos/Provider Finder, nuestro directorio en línea 12

PARTE 5

Acceso a la atención médica 13

Atención fuera del área 13

Autorizaciones previas 14

Atención médica especializada 14

Referidos 15

Segundas opiniones..... 15

Asegurados con necesidades especiales de atención médica..... 15

PARTE 6

Servicios de rutina, urgencia y emergencia 16

Medicamento necesario 16

Atención médica de rutina 17

Atención médica inmediata 17

Atención médica de emergencia..... 17

Atención dental de emergencia 19

Posestabilización 19

PARTE 7

Servicios incluidos en la cobertura 20

Servicios incluidos en la cobertura..... 20

Coordinación de servicios..... 27

Evaluación de riesgos a la salud..... 28

Instrumento para diagnóstico y evaluación (SAI) de STAR Kids..... 28

Cómo comunicarse con Coordinación de Servicios 29

Cobertura para servicios personalizados (ISP)..... 29

Beneficios de apoyo y servicios a largo plazo..... 30

Servicios de Community First Choice (CFC) 30

Servicios del programa de menores con dependencia médica (MDCP) 31

Opciones de prestación de servicios 31

Otros servicios 32

Servicios de salud mental 32

Rehabilitación de salud mental y administración especializada de casos clínicos 32

¿Qué es un servicio sustitutivo? 32

¿Qué servicios se ofrecerán? 33

Programa para dejar de fumar..... 33

Servicios dentales 33

Manejo de enfermedades..... 34

Servicios con consentimiento del menor..... 34

Asegurados de STAR Kids en un centro de enfermería 34

Programa Pasos Sanos de Texas 35

Servicios de atención médica para la mujer.....	37
Servicios de planificación familiar.....	38
Atención prenatal.....	39
Transición para darse de baja de STAR Kids	40
Servicios para la vista	41
Servicios según cada caso específico	41

PARTE 8

Servicios con valor agregado 41

Servicios con valor agregado (VAS, en inglés) ofrecidos por BCBSTX...	41
¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo?	42
Beneficio adicional para obtener traslados.....	42
Mejora de artículos para la vista (para niños)	44
Beneficio adicional para padres: atención médica de relevo para padres o representantes legales autorizados	44
Tarjeta de regalo de incentivo por chequeos para niños y adolescentes	45
Exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos..	45
Recompensa por actividades de salud y bienestar.....	45
Clases en línea prenatales, posparto y para afrontar un duelo	45
Tarjeta de regalo por consulta prenatal ..	46
Tarjeta de regalo de incentivo por consulta posparto	47
Educación sobre la lactancia a través de nuestro programa Special Beginnings	47
Entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria.....	47
Descuentos en salud y bienestar del programa Blue365®.....	48
Learn to Live: plataforma en línea sobre salud mental (BH).....	48

PARTE 9

Servicios en farmacias y cobertura para medicamentos con receta 49

Cómo surtir sus medicamentos con receta.....	49
¿Dónde puedo conseguir una lista de los medicamentos con receta de mi hijo?	49
Cobertura para medicamentos con receta.....	49
Esta cobertura no incluye el cannabis. ..	50
Cómo buscar una farmacia de la red	51
Farmacia con entrega de medicamentos a domicilio	51
Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia.....	51
Suministros limitados de atención médica a domicilio	52
Programa Lock-In de Medicaid	52
Asegurados con elegibilidad doble.....	52

PARTE 10

Servicios adicionales para asegurados de STAR Kids..... 53

Intervención temprana en la infancia (ECI).....	53
Administración de casos clínicos para niños y embarazadas.....	54
Servicios del Programa de Salud escolar y Servicios Relacionados de Texas	54
Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación.....	54
Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT).....	55
Servicios en centros de enfermería.....	58
Servicios para tuberculosis.....	58
Cuidados paliativos	58
Exenciones	58

PARTE 11

Programas para ayudarlo a estar saludable..... 60

Para su tranquilidad.....	60
Educación sobre la salud	60

Programa Special Beginnings®.....	61
Cómo recibir otros servicios	61

PARTE 12

Ayuda con servicios especiales..... 61

Ayuda en otros idiomas.....	61
Ayuda para los asegurados con pérdida de la audición o del habla.....	62
Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades	62
Asegurados con necesidades especiales de atención médica.....	63

PARTE 13

Cómo resolver un problema con BCBSTX 63

Quejas.....	63
Apelaciones.....	64
Apelaciones por servicios de farmacia...	66
Apelación por servicios sustitutivos.....	66
Apelaciones de emergencia por cobertura médica o servicios de farmacia	67
Audiencia imparcial ante el estado.....	68
Información sobre la revisión médica externa.....	69

PARTE 14

Recursos estatales de Medicaid 71

Si ya no podemos brindarle nuestros servicios	71
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	71
Programa de Salud para la Mujer de Texas.....	72
Programa de Atención Médica Primaria del HHS y la HHSC	72
Programa de Atención Médica Primaria de la HHSC ampliado	73
Programa de Planificación Familiar del Departamento de Salud y Servicios Humanos	73
Cómo cambiar de cobertura médica.....	73
Cómo renovar la cobertura médica.....	74

PARTE 15

Otros datos que quizá necesite saber 75

Cómo comunicarse con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX.....	75
¿Puedo comunicarme en línea con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente?	76
Abuso, negligencia y explotación.....	76
Fraude y abuso	77
Nuevos tratamientos médicos	78
Mejoramiento de la calidad	78
Asegurados con Medicaid y Medicare (doble elegibilidad).....	78
Medicaid y los seguros privados	78
Instrucciones anticipadas (testamentos vitales).....	79
Deducibles y copagos	80
Sus expedientes médicos.....	80
Políticas de privacidad.....	80
Cambios en el programa	80
Información disponible para los asegurados.....	80
Verificación electrónica de consultas (EVV)	81
Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos.....	83
Aviso estatal de prácticas de privacidad	87

PARTE 16

Sus derechos y obligaciones de atención médica 89

Derechos y obligaciones de los asegurados	89
---	----

PARTE 17

Área de servicio de BCBSTX 93

PARTE 18

Definiciones..... 94

Parte 19

Cheques del programa Pasos Sanos de Texas 100

Parte 1

Información y números de teléfono importantes

¿Tiene preguntas? Llame a nuestros números sin costo

1-877-688-1811	Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente
711	Línea TTY del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente (línea para personas con impedimentos auditivos o del habla)
1-855-497-0857	Compromiso con el Asegurado/Asesor para asegurados, área de servicio del centro
1-877-375-9097	Compromiso con el Asegurado/Asesor para asegurados, área de servicio de Travis
1-855-802-4614	Línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline
1-877-688-1811	Servicios de salud mental
1-877-301-4394	Coordinación de servicios
espanol.bcbstx.com/medicaid	Sitio web de Medicaid

211 Texas

211

Para obtener información y ser referido a los servicios del estado.

Línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline

1-855-802-4614

La línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline cuenta con enfermeros titulados (*registered nurses*) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que pueden ayudarlo a obtener respuestas para sus preguntas de salud. Esta línea está disponible en inglés y en español. Contamos con servicios de interpretación. En caso de emergencia, llame al **911** (TTY*: **711**).

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 consumo de sustancias. Un consejero capacitado en casos de crisis puede brindarle apoyo gratuito y confidencial. La línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente

1-877-688-1811

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.

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

Si tiene preguntas, llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al **1-877-688-1811** (TTY: **711**) o a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-855-802-4614**.

Si llama después del horario de atención o durante el fin de semana, se usará un servicio de respuesta u otro mecanismo similar que le permitirá obtener información de un agente. 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 o una crisis, 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**).

Compromiso con el Asegurado y asesor para asegurados

1-855-497-0857 (área de servicio del centro)

1-877-375-9097 (área de servicio del condado de Travis)

1-512-349-4867 (fax)

Coalition of Texans with Disabilities (coalición de texanos con discapacidades)

1-512-478-3366

Información sobre servicios dentales

DentaQuest

1-800-516-0165

MCNA Dental

1-800-494-6262

Maximus, corredor de seguros responsable de las solicitudes de cobertura

1-800-964-2777

Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación

1-800-628-5115

Línea de emergencias de salud mental y por consumo de sustancias

1-877-688-1811

Este número para llamadas gratuitas ofrece atención en inglés y español, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación. En caso de emergencia, llame al **911**.

TTY: **711**.

Maximus, corredor de seguros responsable de las solicitudes de cobertura

1-800-964-2777

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.

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. Se ofrece este tipo de traslados para acudir a consultas con médicos, dentistas y otros profesionales médicos, y para ir a farmacias.

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 para otros idiomas. En caso de emergencia, llame al **911**.

Equipo de asistencia de atención médica administrada, de la oficina del defensor del asegurado, de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, en inglés) de Texas

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.

Línea de coordinación de servicios de STAR Kids

1-877-301-4394

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, a excepción de los días feriados aprobados por el estado. Colaboramos con usted, con la aseguradora y con sus prestadores de servicios médicos para garantizar que reciba la atención que necesita.

Programa Special Beginnings para embarazadas

1-888-421-7781

Línea de ayuda del programa STAR Kids

1-800-964-2777

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

Servicios para la vista (cuidado de los ojos)

1-877-688-1811

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés)

1-800-942-3678

Tarjeta Medicaid *Your Texas Benefits*

1-855-827-3748 o 211

Texas Parent to Parent

1-866-896-6001 o 1-512-458-8600

Programa para dejar de fumar

1-877-937-7848 (TTY: 711)

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

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

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 de 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. BCBSTX y los proveedores de Blue365 mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes.

DentaQuest y MCNA Dental son compañías independientes que proporcionan servicios dentales a niños con cobertura de Texas Medicaid o CHIP. El estado de Texas tiene un contrato directo con estos prestadores de servicios dentales. Los prestadores no ofrecen productos ni servicios Blue y únicamente son responsables de los servicios y productos que brindan.

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 tiene un contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para proporcionar servicios de transporte para casos que no sean de emergencia a los asegurados con cobertura de BCBSTX.

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.

Walgreens Mail Service, una farmacia de especialidad central con servicio de entrega a domicilio, es una farmacia contratada para ofrecer a los asegurados de BCBSTX servicios farmacéuticos de entrega a domicilio.

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

Parte 2

Medidas importantes que debe tomar para su hijo

- **Tenga la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo a la mano en todo momento.** Preséntela cada vez que su hijo necesite recibir servicios de atención médica. No permita que otras personas usen la tarjeta.
- **Verifique que el médico en la tarjeta de asegurado sea el que usted desea que atienda a su hijo.** En la tarjeta de asegurado figura el nombre del prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés) de su hijo. Un PCP es el profesional médico principal de su hijo. Si desea un prestador diferente, avísenos inmediatamente.
- **Programe un chequeo del programa Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps).** Su hijo debe consultar a un médico dentro de los 90 días de haber obtenido la cobertura para hacerse el chequeo médico del programa Pasos Sanos de Texas. Un médico debe atender a los recién nacidos dentro de los 14 días posteriores al nacimiento. El primer examen le permite al PCP conocer las necesidades de atención médica del paciente para ayudarlo a mantenerse saludable.
- **Llame al PCP de su hijo antes de recibir atención médica, a menos que se trate de una emergencia.** En el consultorio del PCP lo ayudarán a programar una cita. Si usted y su hijo necesitan traslados de ida y vuelta para asistir a consultas médicas que no sean de emergencia, llame a MTM Health al **1-866-824-1565**. 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 (VAS, en inglés). Para obtener más información sobre el transporte con el programa VAS, consulte el capítulo 8. Si tiene impedimentos auditivos o del habla, puede comunicarse con MTM Health a través de la línea **711**.
- **Si se trata de una emergencia, busque ayuda de inmediato.** Llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias (ER, en inglés) más cercana para recibir atención médica. No necesita nuestra aprobación ni la del PCP de su hijo para obtener atención médica de emergencia. No importa si se encuentra dentro o 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 su hijo tiene un problema de salud, puede llamar sin costo a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline.** Cuando llame, tenga a mano la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo. El enfermero le solicitará el número de la tarjeta.

Usted y su hijo son importantes para nosotros.

Queremos ayudarlos a recibir la atención médica que necesitan.

Gracias por elegir BCBSTX.

Parte 3

Su tarjeta de asegurado

Su tarjeta de asegurado de BCBSTX

Cómo leer y usar su tarjeta de asegurado de BCBSTX:

Presente la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo al médico u otro profesional médico, en el hospital o en la farmacia para recibir servicios de atención médica.

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

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

- el nombre de su hijo;
- el número de asegurado de Medicaid de su hijo;
- el nombre BCBSTX y la dirección correspondiente;
- el número de teléfono del Departamento de Servicio al Cliente/de Especialistas en Servicio al Cliente y la línea TTY, a los que puede llamar sin costo;
- el nombre y número de teléfono del PCP de su hijo;
- el número de asegurado del titular de la póliza de su hijo;
- la fecha en la que le asignaron el PCP a su hijo (fecha de entrada en vigor);
- qué hacer en caso de emergencia;
- el número para comunicarse sin costo con la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline;
- el número de teléfono para recibir servicios de salud mental y medicamentos con receta.

BlueCross BlueShield of Texas A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association		TEXAS STAR Kids Your Health Plan • Your Choice	TEXAS Health and Human Services
Member Name: <F_NAM M_INIT L_NAME>	PCP: <PRPR_NAME> <PRAD_PHONE>		
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			

BlueCross BlueShield of Texas A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association		TEXAS STAR Kids Your Health Plan • Your Choice	TEXAS Health and Human Services
Member Name: <F_NAM M_INIT L_NAME>	PCP: <PRPR_NAME> <PRAD_PHONE>		
Alpha Prefix: WZG			
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			

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

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

Cómo reemplazar la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo si la pierde:

Si pierde la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo, comuníquese con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-877-688-1811** (TTY: **711**).

Member name:

Member ID:

Issuer ID: Date card sent:

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

Members: Keep this card with you. This is your medical ID card. Show this card to your doctor when you get services. To learn more, go to www.YourTexasBenefits.com or call 1-800-252-8263.

Miembros: Lleve esta tarjeta con usted. Muestre esta tarjeta a su doctor al recibir servicios. Para más información, vaya a www.YourTexasBenefits.com o llame al 1-800-252-8263.

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.

Providers: To verify eligibility, call 1-855-827-3747. Non-pharmacy providers can also verify eligibility at www.YourTexasBenefitsCard.com. Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.

Non-managed care Rx billing: RxBIN: 610084 / RxPCN: DRTXPROD / RxGRP: MEDICAID
TX-CA-1213

En la parte de atrás de la tarjeta de beneficios del programa Medicaid *Your Texas Benefits* figura un sitio web al que puede ingresar (www.YourTexasBenefits.com, haga clic en “Español”) y un número de teléfono al que puede llamar (**1-800-252-8263**) si tiene preguntas sobre su nueva tarjeta.

Puede solicitar una nueva tarjeta de asegurado de BCBSTX e imprimir una tarjeta provisional ingresando en Blue Access for MembersSM (BAMSM), el portal protegido para asegurados. Para ingresar a BAMSM, visite espanol.bcbstx.com/medicaid. Haga clic en el enlace “Iniciar sesión” (Log In) en la esquina superior derecha.

Tarjeta Medicaid Your Texas Benefits

Después de que se le apruebe la cobertura de Medicaid, su hijo recibirá una tarjeta de 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 de Medicaid de su hijo, puede obtener una nueva llamando gratis 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 que su hijo tiene cobertura de Medicaid, puede llamar gratis al **1-800-252-8263** para saberlo. También puede llamar al **211**. Primero, elija un idioma y, luego, la opción 2.

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

La tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits tiene impresos estos datos:

- el nombre y número de asegurado de Medicaid de su hijo;
- la fecha en que le enviaron la tarjeta;
- el nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito su hijo si usted recibe:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa de Salud para la Mujer de Texas
 - 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 del médico de su hijo y de la farmacia, si su hijo está en el programa Lock-in de Medicaid.

Si se le olvida la tarjeta, el médico, el dentista o el farmacéutico de su hijo pueden usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted recibe servicios y beneficios de Medicaid.

Portal para clientes [YourTexasBenefits.com](http://www.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 haya dado 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 recetados.

También puede usar el portal para ver, imprimir y solicitar una tarjeta de 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 “Español”).

- Haga clic en **Entrar al sistema (Log In)**.
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta (Create a new account)**.
- Haga clic en **Gestionar (Manage)**.
- Vaya a la sección **Enlaces rápidos (Quick links)**.
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP (Medicaid & CHIP 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](http://www.YourTexasBenefits.com) de Medicaid, solo se muestra información para clientes activos. Un representante autorizado 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 solicitar una nueva tarjeta o imprimir una tarjeta provisional por Internet. Además, puede imprimir un comprobante de su cobertura a través del portal BAM.

Parte 4

Su prestador de atención médica primaria (PCP)

Cómo elegir un PCP

La tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo 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, si no eligió uno.

Aviso: Si tiene cobertura de Medicare o de un seguro comercial y desea seguir consultando a su PCP no participante en Medicaid, en la tarjeta de asegurado dirá que no se asignó un PCP de Medicaid.

¿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?

Sí. Las clínicas, como 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, un asegurado puede elegir un especialista como PCP. Podemos ayudarlo a encontrar uno. Llame al coordinador de servicios al **1-877-301-4394** si necesita ayuda para que un especialista sea el PCP de su hijo.

Nuestros profesionales médicos reciben pautas de práctica que permiten garantizar que su hijo obtenga atención de calidad. Si le damos el nombre de un profesional

médico y no puede programar una cita, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo a obtener los servicios que su hijo necesita. Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente si desea solicitar una copia de las pautas de práctica.

Cómo programar una cita con el médico de su hijo

Llame al PCP de su hijo para programar una cita. Informe al consultorio del PCP que su hijo es asegurado de Medicaid a través de BCBSTX. Cuando llame, tenga a la mano la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo y su tarjeta del programa 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 con el médico de mi hijo?

Lleve a la cita la tarjeta de asegurado de Medicaid a través de BCBSTX de su hijo y su tarjeta del programa de Medicaid *Your Texas Benefits*.

Sea puntual para la cita de su hijo. Llame al consultorio del médico 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 de su hijo no pueda atenderlo si llega tarde.

Primera consulta al PCP y chequeo del programa Pasos Sanos de Texas para niños

La primera consulta con el nuevo PCP de su hijo es importante. Todos los asegurados que consulten al PCP dentro de los 90 días posteriores del inicio de la cobertura de BCBSTX recibirán una tarjeta de regalo como recompensa. El PCP de su hijo le hará preguntas sobre sus antecedentes médicos, le hará un examen físico y le dará los resultados.

¿Qué hago si necesito cancelar una cita?

Si cancela la cita de su hijo, algún empleado del consultorio del PCP puede ayudarlo a programar una nueva.

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

Llame al PCP de su hijo antes de recibir cualquier tipo de atención médica, a menos que se trate de una emergencia. Puede comunicarse con su PCP las 24 horas al número en su tarjeta. Si llama fuera del horario habitual de atención, deje el nombre de su hijo y su 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 enfermería telefónica 24/7 Nurseline o al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

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 PCP

¿Cómo puedo cambiar el PCP de mi hijo?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Si necesita ayuda para buscar un PCP fuera de la red, un PCP que participe en una cobertura comercial o de Medicare, o un especialista para que sea el PCP de su hijo, llame al coordinador

de servicios de su hijo al **1-877-301-4394**.

¿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. Puede cambiar de prestador de PCP llamándonos gratis al **1-877-688-1811** o a la línea TTY, al **711**, para asegurados con impedimentos auditivos o del habla. También puede escribir 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?

Su solicitud para cambiar el PCP de su hijo puede ser rechazada en los siguientes casos:

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

Tenga en cuenta que si cambia de PCP con frecuencia, la atención médica que su hijo recibe podría no ser la mejor. Si elige cambiar de PCP, pida que envíen los expedientes médicos de su hijo al nuevo PCP.

¿Puede el PCP de mi hijo cambiarlo a otro prestador de atención médica primaria por incumplimiento?

Nosotros, o su PCP, podríamos solicitarle que cambie el PCP de su hijo 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 irrespetuosa, o causa problemas en el consultorio del PCP.

¿Cuándo entra en vigor el cambio de PCP?

El cambio de PCP de su hijo entrará en vigor en la fecha en que se haga el cambio.

Usted recibirá una tarjeta de asegurado nueva con el nombre y la información de contacto del nuevo PCP de su hijo en un plazo de 7 a 10 días calendario.

¿Qué ocurre si decido acudir a otro médico que no es el PCP de mi hijo?

Si decide consultar a un médico que no sea el PCP de su hijo, debe comunicarse primero con nosotros. Es posible que los servicios que brinde un médico que no sea el PCP de su hijo no tengan cobertura. Si consulta a un médico que no es el PCP de su hijo sin obtener primero nuestra aprobación, es posible que tenga que pagar por 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 en el sitio web de la cobertura STAR Kids. Allí podrá 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*).

Es importante encontrar el PCP adecuado para su hijo. Cuando vaya a elegir a un PCP, es posible que le surjan algunas preguntas, como las siguientes:

- ¿Qué idioma habla el PCP?
- ¿El consultorio del PCP está abierto los fines de semana?
- ¿Este PCP puede atender a mi hijo con necesidades especiales?

También puede encontrar estos detalles en el *Directorio de prestadores de servicios médicos* o en Provider Finder. Si necesita un *Directorio de prestadores de servicios médicos* o ayuda para elegir un PCP que sea adecuado para su hijo, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. También puede imprimir uno ingresando en espanol.bcbstx.com/medicaid.

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

- American Medical Association
(asociación médica estadounidense)
www.ama-assn.org
- Junta Médica de Texas
www.tmb.state.tx.us

En BCBSTX trabajamos arduamente para mantener la información de los profesionales médicos actualizada, de modo que usted sepa a qué profesionales y farmacias puede ir su hijo. La información de los profesionales médicos puede cambiar. Si no puede encontrar un prestador de servicios médicos o no puede programar una cita, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Podemos ayudarlo a buscar un profesional médico que tenga la experiencia que usted busca y que se encuentre lo más cerca posible de su lugar de residencia.

¿Qué es una agencia de servicios de salud en casa?

Una agencia de servicios de salud en casa, también llamada “agencia de atención médica en casa” o “agencia de atención médica orientada al paciente” (PCMH, en inglés), le ofrece al asegurado lo siguiente:

- atención personalizada para cubrir las necesidades médicas y personales del paciente;
- atención integral mediante el trabajo en equipo;
- atención enfocada en la calidad y seguridad.

¿Qué es un centro de atención pediátrica extendida prescrita?

Los centros de atención pediátrica extendida prescrita (PPECC, en inglés) permiten que los menores con enfermedades complejas reciban atención médica diaria desde el nacimiento hasta los 20 años de edad en un ámbito no residencial.

Mediante la indicación del médico, los menores pueden acudir a un centro PPECC hasta por un máximo de 12 horas por día para recibir atención médica y de enfermería, servicios psicosociales, terapéuticos y para el desarrollo adecuados para su enfermedad y estado de desarrollo.

PARTE 5

Acceso a la atención médica

Atención fuera del área

¿Qué hago si mi hijo se enferma cuando está fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llame gratis al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-877-688-1811** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si su hijo necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **1-877-688-1811**. Los asegurados que tengan impedimentos auditivos o del habla pueden comunicarse con nuestra línea TTY al **711**.

¿Qué ocurre si mi hijo se encuentra fuera del estado?

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

¿Qué ocurre si mi hijo se encuentra fuera del país?

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

Autorizaciones previas

AUTORIZACIÓN PREVIA (aprobación de BCBSTX)

El PCP de su hijo obtendrá una autorización de BCBSTX para algunos servicios a fin de asegurarse de que estén incluidos en la cobertura. Esto significa que tanto BCBSTX como su PCP (o especialista) aceptan 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 prestador de atención médica primaria puede brindarle más información sobre este tema.

Podemos preguntarle al PCP de su hijo por qué se necesita atención médica especial. Podríamos no aprobar el servicio que usted

o el PCP de su hijo solicitan. Les enviaremos a usted y al PCP de su hijo una carta en la que se describe el motivo por el cual no cubriremos el servicio. También se les informará cómo apelar nuestra decisión. El prestador de servicios médicos de su hijo puede llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Además, usted puede escribirnos a esta dirección:

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

Si su hijo recibe servicios de un profesional médico que no participa en la red de BCBSTX antes de que los aprobemos, es posible que no paguemos esos servicios.

Atención médica especializada

¿Qué hago si mi hijo necesita consultar a un médico especial (un especialista)?

El PCP de su hijo puede referirlo a otro prestador de servicios médicos, incluido un especialista, para recibir atención médica o tratamiento especiales. No se necesita un referido para consultar a un especialista que forma parte de la red. Puede consultar a especialistas que no forman parte de la red, pero que participan en Medicaid, para recibir servicios médicamente necesarios. Si el prestador de servicios médicos no forma parte de la red, consulte con su coordinador de servicios para obtener una aprobación.

- En el consultorio del PCP de su hijo, podrán ayudarlo a programar la cita.
- Dígle al PCP todo lo que pueda sobre la salud de su hijo para que ambos puedan decidir qué es lo mejor.
- El PCP de su hijo elegirá a un especialista para que le brinde la atención que necesita.

- El PCP de su hijo tiene que enviarle una aprobación al especialista fuera de la red antes de que su hijo reciba los servicios.
- El especialista puede tratar a su hijo durante el tiempo que considere necesario.

¿Cuánto debo esperar para que mi hijo reciba atención de un especialista?

Su hijo obtendrá una cita en un plazo de 30 días de 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?

Existen varios tipos de atención que no necesitan la aprobación del PCP de su hijo, como los siguientes:

- planificación familiar;
- servicios de ginecología-obstetricia:
 - usted debe elegir prestadores de servicios médicos de la red de la cobertura médica de su hijo.
- atención médica de emergencia;
- citas para el chequeo médico del programa Pasos Sanos de Texas;
- intervención temprana en la infancia (ECI, en inglés);

- infecciones de transmisión sexual (ITS) (STI, en inglés)/VIH;
- administración de casos clínicos;
- servicios de salud mental y tratamiento por consumo de sustancias.

Segundas opiniones

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión para mi hijo?

Tal vez tenga preguntas sobre la atención que el PCP o el médico de su hijo recomiendan. Tal vez desee una segunda opinión para lo siguiente:

- diagnosticar una enfermedad;
- asegurarse de que el plan de tratamiento es el adecuado para su hijo.

Hable con el PCP de su hijo si desea solicitar una segunda opinión. Este le recomendará que consulte a un médico con estas características:

- también trabaja con BCBSTX;
- es un especialista de la red.

Si no tenemos un médico de la red que satisfaga sus necesidades, su PCP puede referirlo a un prestador de servicios médicos fuera de la red, sin costo adicional para usted. Para esto, debe obtener una aprobación.

Si necesita ayuda para recibir una segunda opinión, puede comunicarse con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o con el coordinador de servicios de su hijo.

Asegurados con necesidades especiales de atención médica

¿A quién llamo si mi hijo tiene necesidades especiales de atención médica y necesito ayuda?

En BCBSTX permitimos que los asegurados con necesidades especiales de atención médica tengan acceso directo a los especialistas adecuados para atender sus problemas médicos y necesidades identificadas. Esto incluye un referido permanente, sin costo adicional, para consultar a un especialista o, si fuese necesario, elegir al especialista como PCP.

PARTE 6

Servicios de rutina, urgencia y emergencia

Medicamento necesario

¿Qué significa "medicamento necesario"?

- 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.
 - b** Otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental que son necesarios para corregir o eliminar un defecto, una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - i** tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de Alberto N., *et al.* v. Traylor, *et al.*;
 - ii** puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en los puntos 2 y 3.
- 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, servicios de salud mental que:
 - 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 regular que los asegurados reciben de su PCP para mantenerse saludables, por ejemplo, los chequeos periódicos. Usted puede comunicarse con el PCP de su hijo para programar una cita de atención médica de rutina.

¿Cuánto tiempo esperará mi hijo para recibir atención?

Debería poder consultar a su PCP dentro de los 14 días posteriores a la fecha en que llamó para programar la cita para su hijo.

No vaya a la sala de emergencias para recibir atención médica de rutina. Si lo hace, tendrá que pagar los servicios. No brindamos cobertura para las consultas de atención médica de rutina realizadas en una sala de emergencias.

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;
- dolores de oído;
- dolor de garganta;
- torceduras o esguinces musculares.

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

En ese caso, debe llamar al consultorio de su doctor, incluso por la noche y 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 el doctor le dice que vaya a una clínica de atención médica inmediata, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de BCBSTX. Para encontrar una clínica que acepte Medicaid, llámenos gratis al **1-877-688-1811** o la línea TTY, al **711**. También puede llamar a nuestra línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-855-802-4614** para que lo ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperará mi hijo para recibir atención?

Su hijo podrá consultar al doctor dentro de 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. La clínica de atención médica inmediata tiene que aceptar 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 se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluso dolor muy fuerte) que una persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría tener las siguientes consecuencias:

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

“Problema de salud mental de emergencia” significa:

Cualquier problema de salud, más allá de la naturaleza o causa, que, en la opinión de una persona con conocimientos promedios sobre medicina y salud, tiene las siguientes características:

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

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

“Servicios de emergencia y atención médica de emergencia” significa:

Servicios con cobertura para pacientes hospitalizados y ambulatorios que un prestador de servicios médicos certificado presta y que se necesitan para evaluar o estabilizar un problema médico o de salud mental de emergencia, incluidos los servicios de atención de posestabilización.

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.
- Tiene una lesión grave.
- Tiene quemaduras graves.
- Tiene una reacción alérgica grave.
- 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 a su médico, dirigirse a la sala de emergencias, recibir atención médica inmediata o tratar el problema usted mismo, llame a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline.

¿Cuánto tiempo esperará mi hijo para recibir atención?

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

Debería llamar al PCP de su hijo después de cualquier 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 tiempo esperará mi hijo para recibir 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

Atención dental de emergencia

¿Los niños asegurados tienen cobertura para servicios dentales de emergencia?

La cobertura de BCBSTX incluye servicios dentales de emergencia limitados en un hospital o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, también el pago de los siguientes servicios:

- 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.

¿Qué hago si mi hijo o yo necesitamos atención dental 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 gratis al **1-877-688-1811** 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**.

Posestabilización

¿Qué es la posestabilización?

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

PARTE 7

Servicios incluidos en la cobertura

¿Cuáles son los beneficios y servicios médicos de mi hijo?

En BCBSTX, ofrecemos beneficios y servicios médicos y acceso a la atención médica para ayudarle a su hijo a mantenerse saludable. También incluimos la atención médicamente necesaria que incluye Medicaid.

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

El PCP de su hijo solicitará los servicios médicamente necesarios y debe obtener la aprobación de BCBSTX antes de que se brinden ciertos servicios o cuidados. Solo pagaremos los servicios incluidos en la cobertura.

¿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 o del programa de exención de su hijo. Se describen en la **Parte 10: Servicios adicionales para asegurados de STAR Kids**.

Es posible que, para recibir algunos servicios incluidos en la cobertura, primero se necesite una aprobación de nuestra parte. Si tiene preguntas sobre los servicios incluidos en la cobertura y si primero se necesita una aprobación, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o hable con su coordinador de servicios.

¿Qué servicios no están incluidos en la cobertura?

A continuación, se describen algunos ejemplos de beneficios y servicios que BCBSTX y el programa STAR Kids no incluyen en la cobertura. Si no está seguro de que sus opciones de tratamiento sean un servicio con cobertura, hable con su coordinador de servicios. 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.
- Cirugías estéticas que no son médicamente necesarias.
- Suplementos nutricionales o medicamentos para perder peso.
- Cualquier servicio recibido fuera de Estados Unidos.

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 una aprobación previa para profesionales fuera de la red) u otros prestadores de servicios médicos.
- Exámenes físicos de rutina para niños, desde el nacimiento hasta los 20 años de edad.

Es posible que, para recibir algunos servicios incluidos en la cobertura, primero se necesite una aprobación de nuestra parte. Si tiene preguntas sobre los servicios incluidos en la cobertura y si primero

se necesita una aprobación, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o hable con su coordinador de servicios.

Beneficio o servicio con cobertura	Detalles o limitaciones
Servicios de ambulancia (para casos que sean o no de emergencia)	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.
Servicios de audiología	El programa Pasos Sanos de Texas brinda servicios de audiología y audífonos desde el nacimiento hasta los 20 años de edad.
Servicios de salud mental	• Servicios de salud mental para pacientes internados. BCBSTX puede prestar estos servicios en un hospital psiquiátrico independiente, en lugar de un centro hospitalario de atención aguda para pacientes internados. • Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. • Servicios psiquiátricos. • 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 asistida con medicación. • Servicios de tratamiento residencial 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 por consumo de sustancias.
Servicios de parto prestados en un centro de maternidad con licencia	Servicios de parto prestados por un médico, un enfermero partero con certificación (CNM, en inglés), un 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 licencia.
Servicios de exámenes preventivos, de diagnóstico y tratamiento para el cáncer	Los exámenes se realizan para detectar el cáncer cuando no se presentan síntomas. Si se le diagnostica cáncer, el prestador de servicios médicos hablará con usted sobre las opciones de tratamiento.

Beneficio o servicio con cobertura	Detalles o limitaciones
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.
Actividades diurnas y servicios de salud (DAHS, en inglés)	Centros con licencia que brindan servicios diurnos a personas con problemas médicos crónicos. Estos servicios abordan necesidades físicas, mentales, médicas y sociales, y están disponibles al menos 10 horas por día, de lunes a viernes.
Diálisis	• Tiene que ser médicamente necesaria. • Debe estar dentro de los límites de los servicios incluidos en Medicaid. • Necesita nuestra aprobación.
Medicamentos y productos biológicos suministrados en un centro para pacientes internados	• Tienen que ser médicamente necesarios. • Tienen que estar incluidos en la lista de medicamentos (<i>formulary</i>, en inglés) del Programa de Proveedores de Medicamentos (VDP, en inglés), de Texas Medicaid.
Equipo médico duradero (DME, en inglés) y suministros (equipo médico para utilizar en el hogar)	• Tienen que ser médicamente necesarios. • Deben estar dentro de los límites de los servicios incluidos en 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. • Planificación, educación y asesoramiento para el matrimonio y la familia. • Anticonceptivos, incluidos los métodos anticonceptivos de acción prolongada (LARC, en inglés).

Beneficio o servicio con cobertura	Detalles o limitaciones
Servicios de atención médica en el hogar	• Algunos servicios tienen cobertura en su hogar cuando son médicamente necesarios. • Los servicios incluyen lo siguiente: – servicios de auxiliar de salud en el hogar; – terapia del habla; – consultas de terapia física; – equipo médico duradero; – suministros médicos descartables; – necesitan nuestra aprobación.
Servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes ambulatorios	Su PCP puede referirlo a cualquier hospital de BCBSTX. Puede encontrar un hospital en el <i>Directorio de prestadores de servicios médicos</i>. Necesitan nuestra aprobación.
Servicios de laboratorio	Entre los servicios incluidos en la cobertura se encuentran los siguientes: • Servicios de médicos. • Todos los servicios de laboratorio médicamente necesarios. • Exámenes para detectar cáncer del cuello del útero.
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.

Beneficio o servicio con cobertura	Detalles o limitaciones
Chequeos médicos y servicios del Programa de Atención Médica Integral (CCP, en inglés) 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 adecuados a la edad que apoyan la independencia en el hogar y en la comunidad. Incluidos en la cobertura cuando sea médicamente necesario.
Administración especializada de casos de salud mental	• Asistencia para apoyo y servicios médicos, sociales y educativos. Incluida en la cobertura cuando sea médicamente necesaria.
Servicios de ginecología-obstetricia	• 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 una agencia de atención médica	Junto con chequeos médicos del programa Pasos Sanos de Texas, para niños, desde los 6 meses hasta los 35 meses de vida.
Servicios de optometría, anteojos y lentes de contacto, si son médicamente necesarios	• Un examen de la vista cada 12 meses. • Anteojos. • Lentes de contacto.
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 es médicamente necesario. • Para recibir estos servicios se requiere nuestra aprobación.
Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios	Incluidos los medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios preparados en farmacias y administrados por el profesional médico.

Beneficio o servicio con cobertura	Detalles o limitaciones
Servicios de atención personal (PCS, en inglés)	Servicios que se consideran médicamente necesarios para lo siguiente: • Actividades de la vida diaria (ADLS, en inglés). • Actividades para el mantenimiento de la salud (HMA, en inglés) para las limitaciones físicas, cognitivas o mentales, relacionadas con la discapacidad del asegurado o el problema médico crónico. Estos servicios requieren una declaración de necesidad del profesional (PSON, en inglés) para recibir la aprobación.
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.
Servicios de atención pediátrica extendida prescrita proporcionados en un centro médico (PPECC, en inglés)	El asegurado debe depender de los servicios médica o tecnológicamente. Estos servicios requieren de una autorización previa y son una alternativa a los servicios de enfermería privada.
Medicamentos con receta	• BCBSTX usa la lista de medicamentos preferenciales del Programa de Proveedores de Medicamentos (VDP, en inglés), de Medicaid/CHIP. • La mayoría de los medicamentos genéricos y algunos de venta libre están incluidos en la cobertura. • Si un asegurado necesita un medicamento que no figura en la lista de medicamentos del VDP, aun así estará incluido en la cobertura si es médicamente necesario y no hay otros medicamentos disponibles en la lista de medicamentos (<i>formulary</i>, en inglés) que satisfagan su necesidad. • Algunos medicamentos, incluidos los medicamentos de marca, requieren nuestra aprobación.
Servicios de atención médica primaria	• Se incluyen los exámenes preventivos.
Servicios de enfermería privada (PDN, en inglés)	Para los asegurados que necesitan atención médica personalizada, continua y especializada, por encima del nivel de las visitas de enfermería especializada que generalmente se autorizan bajo los servicios de atención de enfermería y de un auxiliar a domicilio de Texas Medicaid (HHA, en inglés).

Beneficio o servicio con cobertura	Detalles o limitaciones
Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías	Pruebas y radiografías con las siguientes características: • No son invasivas. • Se realizadas para detectar un problema. • Las indica y las realiza su PCP (o se realizan bajo su supervisión). • 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	Los asegurados que tienen discapacidades, necesidades especiales de atención médica y problemas de salud crónicos o complejos, tienen derecho a designar a un especialista como su PCP. El especialista debe estar de acuerdo.
Telecontrol	Monitoreo remoto de la salud de un paciente por medio del envío electrónico de información de salud.
Telesalud	Atención médica ofrecida por un profesional médico por medio de un teléfono o video digital.
Chequeos médicos 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. • Equipo médico duradero. • Servicios de atención médica a domicilio y otros servicios médicamente necesarios.
Terapias (física, ocupacional y del habla)	Estos servicios están incluidos en la cobertura cuando los indica 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.
Detalles o limitaciones por videoconferencia	Comuníquese con su coordinador de servicios para obtener más información.
Servicios para la vista	Un examen de la vista cada 12 meses.

Coordinación de servicios

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios es una parte fundamental del programa STAR Kids. Los coordinadores de servicios están capacitados para asegurarse de que se utilicen los beneficios y servicios adecuados del programa STAR Kids, de que se coordinen los servicios y de que se proporcionen los recursos comunitarios a los asegurados.

La coordinación de servicios le brinda ayuda para planificar los servicios y el apoyo a largo plazo (LTSS, en inglés) para su hijo, si es elegible. Estos servicios incluyen enfermería privada y atención personal. Si necesita los servicios LTSS, puede colaborar con el coordinador de servicios de BCBSTX de su hijo y, juntos, hacer lo siguiente:

- evaluar las necesidades de salud de su hijo;
- elaborar un plan médico;
- organizar todos los servicios de su hijo;
- controlar el progreso para alcanzar los objetivos de atención médica;
- garantizar que su hijo obtenga acceso a los servicios que necesita.

Si es un asegurado nuevo y actualmente se atiende con un profesional médico fuera de la red, le permitiremos consultar con dicho profesional durante un máximo de 90 días. Luego gestionaremos la transición a un prestador de servicios médicos de la red. Si un profesional de la red no puede prestar los servicios que usted necesita, su coordinador de servicios puede establecer un acuerdo de caso particular con el profesional fuera de la red. Esto le permitirá seguir consultando a su prestador de servicios médicos actual y dentro de los siguientes plazos: (1) hasta 90 días después

de que se cambia de plan de salud; (2) hasta que finalice el período de autorización actual; (3) hasta que BCBSTX haya evaluado y administrado adecuadamente el proceso para diagnóstico y evaluación de STAR Kids, y haya otorgado o rechazado una autorización nueva.

¿Qué hará el coordinador de servicios por mi hijo?

El coordinador de servicios de BCBSTX hará lo siguiente:

- Se comunicará con usted para conocer las necesidades de atención médica, de atención a largo plazo y de salud mental de su hijo.
- Lo ayudará a encontrar servicios que normalmente no se incluyen en los beneficios de Medicaid. Esto podría incluir servicios de terapia física en la escuela y ayuda para obtener alimentos o suministro eléctrico a través de recursos comunitarios.
- Lo ayudará a programar las consultas con el médico de su hijo.
- Lo ayudará a programar los traslados a las citas con un profesional médico o terapeuta.
- Lo ayudará a buscar los recursos que ofrecen ayuda con las necesidades especiales de atención médica.
- Ayudará a los cuidadores de su hijo a controlar el estrés causado por la enfermedad y los problemas financieros o familiares.

El proceso de coordinación de servicios incluye una Evaluación de riesgos a la salud (HRS, en inglés) por teléfono, el Instrumento para diagnóstico y evaluación (SAI, en inglés) de STAR Kids y la elaboración de un plan de cobertura para servicios personalizados (ISP, en inglés), con el paciente como eje central. Una vez que el coordinador de servicios haya completado

el SAI y elaborado el ISP de su hijo, usted podrá consultar todos los documentos en BAM, el portal protegido para asegurados. Puede acceder a dicho portal ingresando en espanol.bcbstx.com/medicaid. El enlace del portal se encuentra en la parte inferior de la página de inicio, en la sección "Recursos para asegurados" (*Member Tools and Features*).

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

Si le asignan un coordinador de servicios, recibirá por correo postal el nombre y el número de teléfono de este por correo postal. También puede consultar quién es su coordinador de servicios de BCBSTX llamando gratis a Coordinación de Servicios al **1-877-301-4394**. Coordinación de Servicios puede ayudarle e incluso ponerlo en contacto con su coordinador de servicios, en caso de que le hayan asignado uno.

Puede consultar el nombre y número de teléfono del coordinador de servicios de su hijo al iniciar sesión en BAM en espanol.bcbstx.com/medicaid. Allí encontrará la información más actualizada sobre los servicios incluidos en la cobertura de STAR Kids de su hijo, los datos sobre el PCP actual y los profesionales a los que ha consultado su hijo.

Evaluación de riesgos a la salud

BCBSTX llevará a cabo una Evaluación de riesgos a la salud (HRS, en inglés) inicial. Será por vía telefónica con el asegurado, el padre o la madre, o con el representante legalmente autorizado. La evaluación nos permite obtener información básica sobre la salud física y mental de su hijo y nos ayuda a planificar la transición de la atención médica. También ayuda al coordinador de servicios a decidir el nivel de servicios que su hijo necesita.

Intentaremos comunicarnos con todos los asegurados nuevos de STAR Kids de BCBSTX por teléfono en cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que obtuvieron nuestra cobertura, para completar la evaluación inicial de su hijo.

Durante la Evaluación de riesgos a la salud inicial, todos los asegurados nuevos de STAR Kids de BCBSTX recibirán lo siguiente:

- 1 una descripción de la coordinación de servicios;
- 2 un número de teléfono para comunicarse con un coordinador de servicios o notificarle problemas;
- 3 el nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico del coordinador de servicios, si corresponde;
- 4 la cantidad mínima de consultas que tendrá por año;
- 5 los medios de contacto para comunicarse con el asegurado e instrucciones sobre cómo solicitar más ayuda con la coordinación de servicios en cualquier momento;
- 6 información sobre cómo comunicarse con un asesor para asegurados si tiene quejas sobre un coordinador de servicios.

Si se cambia el coordinador de servicios, BCBSTX le informará el nombre y número de teléfono del nuevo coordinador de servicios dentro de los cinco (5) días hábiles.

Instrumento para diagnóstico y evaluación (SAI) de STAR Kids

Cuando finalice la Evaluación de riesgos a la salud inicial, el coordinador de servicios asignado se comunicará con usted para organizar una evaluación y examen completo en persona. El Instrumento para diagnóstico y evaluación (SAI, en inglés) tendrá lugar en el hogar del asegurado, a menos que solicite reunirse en otro lugar.

El coordinador de servicios de BCBSTX estará a cargo del SAI. El módulo principal del SAI se utilizará para lo siguiente:

- conocer las preferencias del asegurado sobre cómo quiere que se comuniquen con él;
- identificar las necesidades de evaluación de seguimiento;
- determinar el nivel de coordinación de servicios requerido;
- informar sobre el desarrollo del plan de cobertura para servicios personalizados del asegurado.

Cómo comunicarse con Coordinación de Servicios

BCBSTX les brindará a los asegurados y a los profesionales médicos acceso a un coordinador de servicios a través de un número de teléfono para llamadas sin costo, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

Se puede comunicar directamente por teléfono con cada coordinador de servicios durante el horario de atención habitual. Después del horario de atención, se puede dejar un mensaje de voz. Todos los mensajes serán contestados dentro de las 48 horas, es decir, dentro de los 2 días hábiles.

Los coordinadores de servicios tendrán a su disposición un servicio de interpretación para comunicarse con los asegurados o sus representantes legalmente autorizados en el idioma principal del asegurado.

El coordinador de servicios hablará con usted sobre sus necesidades de la vista y audición, cómo prefiere que se comuniquen con usted y si tiene otras preferencias o limitaciones físicas. Los asegurados que tengan necesidades comunicativas especiales tendrán a disposición una línea TTY.

Cobertura para servicios personalizados (ISP)

Cuando complete el SAI, su coordinador de servicios elaborará para usted un plan de cobertura para servicios personalizados (ISP, en inglés). El ISP de cada asegurado abarcará una combinación de lo siguiente:

- hallazgos de evaluaciones, objetivos a corto y largo plazo y preferencias del asegurado;
- un resumen con necesidades de servicios recomendados;
- los servicios con cobertura que recibe;
- los servicios con cobertura que podría necesitar;
- una descripción de los servicios no incluidos en la cobertura que podrían beneficiarlo;
- un plan para coordinar e integrar la atención médica entre prestadores de servicios médicos y los servicios con cobertura al igual que con aquellos que no tienen cobertura.

El ISP de cada asegurado se actualizará:

- 1 al menos una vez al año;
- 2 después de un cambio importante en el estado de salud que modifique la necesidad de servicios;
- 3 cuando lo solicite el asegurado, su padre o madre, o representante legalmente autorizado;
- 4 cuando lo recomiende el PCP del asegurado;
- 5 después de un acontecimiento de la vida;
- 6 después del proceso del Instrumento para diagnóstico y evaluación de STAR Kids o del proceso de una nueva evaluación.

En BCBSTX se le proporcionará al asegurado, su padre o madre, o representante legalmente autorizado una copia impresa o electrónica del ISP una vez al año o después de los cambios

importantes mencionados anteriormente. El ISP y el SAI actuales del asegurado se encuentran en el portal para asegurados Blue Access for Members. Llame al número de teléfono del coordinador de servicios para solicitar que los médicos u otros prestadores de servicios médicos de su hijo reciban una copia del ISP o del SAI.

¿Cuáles son mis beneficios y servicios de atención médica aguda? ¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?

Los servicios de atención médica aguda son los servicios que se requieren para el tratamiento a corto plazo de una lesión o para un episodio de una enfermedad o cirugía. Por ejemplo, las consultas con su PCP o un especialista, los medicamentos recetados y los servicios de laboratorio se consideran beneficios y servicios de atención médica aguda. Comuníquese con su coordinador de servicios para que lo ayude a entender sus beneficios y servicios de atención médica aguda.

Beneficios de apoyo y servicios a largo plazo

¿Cuáles son mis beneficios de apoyo y servicios a largo plazo?

Apoyo y servicios a largo plazo (LTSS, en inglés) se refiere a servicios incluidos en la cobertura que brindan asistencia para realizar tareas cotidianas, como comer, bañarse y tomar medicamentos, a las personas que tienen enfermedades crónicas y mentales, también a personas con discapacidades. El apoyo y los servicios a largo plazo se pueden proporcionar en el hogar, en un entorno comunitario o un centro de enfermería. Su coordinador de servicios trabajará con usted para determinar cuál es el nivel de necesidad médica de su hijo y cómo obtener los servicios que más lo beneficiarán.

¿Cómo obtengo estos servicios?

En BCBSTX permitimos que los asegurados con necesidades especiales de atención médica tengan acceso directo a apoyo y servicios a largo plazo, sin necesidad de un referido, y según sus problemas médicos y necesidades identificadas. Comuníquese con su coordinador de servicios para que lo ayude a recibir servicios médicamente necesarios.

¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?

Llame al Departamento de Coordinación de Servicios de BCBSTX al **1-877-301-4394**.

Servicios de Community First Choice (CFC)

Community First Choice es un beneficio de Medicaid que proporciona servicios de asistencia y apoyo en el hogar y la comunidad a los asegurados con discapacidades. El Estado proporciona varios servicios a los asegurados que, de otro modo, serían elegibles para recibir cuidado en un centro de enfermería.

Para cumplir con los requisitos de CFC, usted debe:

- Ser asegurado de STAR Kids y no recibir apoyo y servicios a largo plazo a través de un programa de exención establecido en la sección 1915(c) de la Ley de Seguridad Social (puede figurar actualmente en la lista de interesados de un programa de exención).
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad para recibir cuidado en un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IDD, en inglés) o una institución para enfermedades mentales (IMD, en inglés).

Los servicios de CFC incluyen lo siguiente:

- servicios de atención personal;
- adquisición, mantenimiento y mejoramiento de habilidades;
- servicios de respuesta de emergencia;
- administración del apoyo.

Servicios del programa de menores con dependencia médica (MDCP)

Los niños y adultos jóvenes que reciben el programa de exención de menores con dependencia médica (MDCP, en inglés) recibirán servicios de atención médica aguda y apoyo y servicios a largo plazo a través de STAR Kids de BCBSTX.

Esto incluye lo siguiente:

- atención médica de relevo;
- asistencia en el trabajo;
- servicios de administración financiera;
- dispositivos de adaptación;
- ayuda para buscar empleo;
- servicios flexibles de apoyo para la familia;
- modificaciones menores en el hogar;
- servicios de asistencia para transición.

Opciones de prestación de servicios

Como asegurado de STAR Kids con servicios de CFC o del programa MDCP, tiene tres opciones de prestación de servicios que le brindan una mayor posibilidad de elección y control sobre algunos de los servicios de apoyo a largo plazo que usted recibe.

Las opciones son las siguientes:

1 Servicios dirigidos por el consumidor.

Los servicios dirigidos por el consumidor (CDS, en inglés) le permiten convertirse en el empleador de las personas que prestan servicios a su hijo. Como empleador, usted puede contratar, controlar y despedir (si fuera necesario) a sus empleados. En el caso de los servicios dirigidos por

el consumidor, deberá contratar a una agencia de servicios de administración financiera (FMSA, en inglés) que lo ayude a emprender esta tarea. La agencia lo ayudará con las nóminas y su declaración de impuestos y le proporcionará apoyo adicional si es necesario.

2 Opción relacionada con el servicio.

La opción relacionada con el servicio (SRO, en inglés) le permite elegir a las personas que prestan servicios a su hijo, sin ser el empleador. Una agencia de servicios de apoyo en el hogar y la comunidad (HCSSA, en inglés) es el empleador y controla a los asistentes o enfermeros que le prestan servicios a usted. En el caso de la opción relacionada con el servicio, usted puede elegir un asistente o enfermero que participe en la red y opinar sobre la rutina de su hijo. Puede supervisar y capacitar a la persona que presta servicios a su hijo, o permitir que la agencia de servicios de apoyo en el hogar y la comunidad se haga cargo de esas tareas.

3 Agencia.

En este caso, la HCSSA es el empleador y se hace cargo de todas las funciones administrativas, como el pago de las nóminas y los impuestos. Además, le proporcionará un reemplazo para el asistente, enfermero o prestador de atención médica de relevo si la persona que trabaja con usted habitualmente no está disponible.

Comuníquese con su coordinador de servicios para obtener más información sobre las opciones de prestación de servicios y elegir la que sea más adecuada para usted. Puede llamar a Coordinación de Servicios de BCBSTX al **1-877-301-4394**.

Otros servicios

Servicios de salud mental

¿Cómo consigo ayuda si mi hijo tiene un problema de salud mental, de alcohol o de drogas?

No necesita un referido para recibir servicios de salud mental o de tratamiento por consumo de sustancias. Es posible que le asignen a su hijo un coordinador de servicios de salud mental, si corresponde. Puede obtener ayuda llamando a su coordinador de servicios o al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX.

¿Mi hijo necesita un referido para esto?

No necesita un referido del PCP ni la aprobación de BCBSTX para recibir servicios de salud mental o de tratamiento por consumo de sustancias de un prestador de servicios médicos de la red de BCBSTX. Sin embargo, sí es necesario que consulte con un profesional de la red de BCBSTX u obtenga una autorización para consultar con un profesional fuera de la red. Puede comunicarse 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?

En BCBSTX ofrecemos servicios de rehabilitación de salud mental y de administración especializada de casos clínicos a los asegurados de STAR Kids. Si usted es adulto y tiene una enfermedad mental o necesidades emocionales,

o tiene un hijo que las tenga, este beneficio puede ayudarlos a usted o su hijo a aprender a estar lo mejor posible día a día. Los prestadores de servicios médicos de BCBSTX pueden ofrecerle lo siguiente:

- apoyo para administrar los medicamentos y reducir los síntomas;
- administración de los medicamentos para que su hijo pueda ser más independiente;
- entrenamiento para ayudarlo a hablar con su familia, amigos y maestros sobre cómo pueden trabajar en conjunto para controlar los síntomas de su hijo;
- asistencia personalizada para sobrellevar una crisis emocional o mental;
- un programa diurno si necesita ayuda adicional para controlar los síntomas de su hijo.

Los servicios de administración de casos clínicos ayudan a los asegurados que tienen uno o más trastornos mentales crónicos a recibir la atención y los servicios que necesitan.

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

Llame gratis al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX para recibir ayuda relacionada con los servicios de salud mental y los tratamientos para 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 Kids pueden obtener los servicios sustitutivos. Pero quienes tienen la cobertura de BCBSTX pueden elegir no aprovecharlos y reemplazarlos por 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:

estos servicios también se llaman “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):

están diseñados 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 obtengo estos servicios y ámbitos de atención?

Llame a Coordinación de Servicios al **1-877-301-4394** (TTY: **711**) para pedir información sobre estos servicios.

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 **1-877-937-7848** (TTY: **711**). También puede visitar este sitio web: www.YesQuit.org (haga clic en la opción “en español”).

Servicios dentales

¿Qué servicios dentales incluye BCBSTX para los niños?

BCBSTX cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de quirúrgico para pacientes ambulatorios, lo cual incluye, entre otros servicios, el pago para lo siguiente:

- tratamiento para luxación de la mandíbula;
- tratamiento para lesiones traumáticas a los dientes y las estructuras de soporte;
- extracción de quistes;
- tratamiento de abscesos bucales causados por los dientes o las encías.

En BCBSTX brindamos cobertura para servicios hospitalarios y para servicios relacionados prestados por médicos y otros profesionales para los problemas dentales mencionados anteriormente. Esto incluye

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

BCBSTX también es responsable del pago del tratamiento y los dispositivos para anomalías craneofaciales

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. Puede encontrar los números de teléfono de estas compañías al principio de este manual.

¿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**.

Manejo de enfermedades

El programa de manejo de enfermedades se centra en los asegurados que tienen las siguientes enfermedades crónicas:

- diabetes
- asma

En BCBSTX garantizaremos que todos los asegurados identificados que podrían beneficiarse del manejo de enfermedades estén inscritos en un programa de manejo de enfermedades con la opción de dejar de participar en él dentro de los 30 días sin perder el acceso a todos los demás servicios incluidos en la cobertura.

Servicios con consentimiento del menor

Los asegurados de STAR Kids de 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 infecciones de transmisión sexual;
- pruebas de VIH/sida;
- tratamiento por abuso sexual;
- tratamiento por consumo de alcohol y drogas;
- servicios ambulatorios de salud mental en caso de abuso físico o sexual;
- cuando la persona se lastima a sí misma o a otros.

Su hijo no necesita la aprobación del PCP para recibir estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un médico o una clínica que preste estos servicios, puede llamar a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline.

El médico que atiende a su hijo puede ofrecerle una opinión sobre cuál es la mejor opción para el niño. No somos responsables de que los profesionales médicos que no participan en la red protejan la privacidad de los expedientes médicos de su hijo.

Asegurados de STAR Kids en un centro de enfermería

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

No, sus beneficios de STAR Kids no cambiarán si se encuentra en un centro de enfermería. El coordinador de servicios de BCBSTX puede ayudarle a entender qué

servicios están incluidos en la cobertura de BCBSTX y cuáles tienen cobertura de otras agencias estatales. Llame al Departamento de Coordinación de Servicios de BCBSTX al **1-877-301-4394**.

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

Sí. Un asegurado de STAR Kids que ingresa en un centro de enfermería o centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID, en inglés) seguirá siendo asegurado de STAR Kids. Cuando un asegurado de STAR Kids es residente de un centro de enfermería o de un ICF/IID, BCBSTX tiene que brindar coordinación de servicios y cualquier servicio incluido que se lleve a cabo fuera del centro de enfermería o del ICF/IID. Durante la estancia en el centro de enfermería o ICF/IID, BCBSTX tiene que trabajar con el asegurado y el representante legalmente autorizado (LAR, en inglés) para identificar programas de servicios comunitarios y programas de apoyo y servicios a largo plazo (LTSS, en inglés) que le ayudarán al asegurado a volver a la comunidad.

Programa Pasos Sanos de Texas

¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

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

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 examen. Llame al doctor de su hijo para programar un examen.
- 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, su hijo puede recibir la atención que necesita; 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 gratis con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al 1-877-688-1811 o con el programa Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) en los siguientes casos:

- 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 la cobertura de Medicaid y sus padres pueden recibir transporte gratis de ida y vuelta al médico, dentista, hospital o a la farmacia. Comuníquese con MTM Health al **1-866-824-1565**.

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al **1-877-688-1811** para que lo ayuden a elegir un médico del programa Pasos Sanos de Texas. También puede consultar nuestro *Directorio de prestadores de servicios médicos* o el directorio en línea Provider Finder en el sitio web para asegurados espanol.bcbstx.com/medicaid.

Los servicios de Pasos Sanos de Texas incluyen lo siguiente:

- chequeos médicos;
- un examen físico general y una evaluación del crecimiento y del desarrollo de su hijo;
- una evaluación de la salud mental de su hijo;
- una evaluación de la nutrición de su hijo;
- análisis de laboratorio:
 - anemia,
 - plomo,
 - orina,
 - tuberculosis;
- vacunas, cuando corresponda;
- consejos para ayudar a mantener a su hijo saludable;
- órdenes médicas para otros servicios médicamente necesarios;
- servicios de un profesional del Programa de Atención Médica Integral (CCP, en inglés) para niños de hasta 20 años; por ejemplo:
 - equipo médico duradero,
 - enfermería privada,
 - terapias.

Es posible que su hijo sea elegible para recibir una tarjeta de regalo por hacerse un chequeo con el programa Pasos Sanos de Texas. Para obtener más información, consulte la **Parte 8: Servicios con valor agregado**.

¿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. Los chequeos dentales del programa Pasos Sanos de Texas comienzan a los seis meses de vida con el PCP de su hijo. Su hijo podrá hacerse chequeos dentales desde los seis meses de vida y deberá hacérselos cada seis meses.

- Si tiene problemas para realizar un chequeo, llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o a Coordinación de Servicios al **1-877-301-4394** (TTY: **711**).
- El programa Pasos Sanos de Texas le enviará una carta para recordarle cuándo debe asistir al próximo chequeo médico.

¿Es necesario que el médico de mi hijo 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 profesional médico sea el PCP de su hijo, pero sí es necesario que participe en la red de BCBSTX. Puede buscar un médico del programa Pasos Sanos de Texas en espanol.bcbstx.com/medicaid.

¿Necesito un referido para mi hijo?

No necesita una aprobación del PCP de su hijo para recibir chequeos médicos o dentales del programa Pasos Sanos de Texas.

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

Llame al PCP de su hijo tan pronto como sepa que no podrá asistir al chequeo del programa Pasos Sanos de Texas debido a cualquier motivo, como encontrarse fuera de la ciudad. Si necesita ayuda para programar una nueva cita, llame a Compromiso con el Asegurado. Si vive en el área de servicio del centro, llame al **1-855-497-0857** (TTY: **711**). Si vive en el área de servicios de Travis, llame al **1-877-375-9097** (TTY: **711**).

¿Y si soy trabajador migrante?

Si usted es un trabajador migrante, su hijo puede recibir una cita para el chequeo más pronto si su familia piensa salir de la región.

¿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 se define como una persona que cumple con los

siguientes criterios:

- Su empleo principal es la agricultura por temporada.
- Ha tenido empleo en esa actividad durante los últimos 24 meses.
- 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.

- Fija una vivienda provisional con el objetivo de tener un trabajo agrícola de temporada.

Los recordatorios para los chequeos del programa Pasos Sanos de Texas se envían por correo a la dirección que la Comisión de Salud y Servicios Humanos tiene registrada de su familia. También recibirá recordatorios mediante llamadas telefónicas.

Servicios de atención médica para la mujer

ASEGURADAS, ¡ATENCIÓN!: ¿Qué pasa si necesito atención médica de un ginecólogo-obstetra? ¿Tengo derecho a elegir uno?

BCBSTX le permite escoger a un ginecólogo-obstetra, pero este médico tiene que estar en la misma red que su prestador de atención médica primaria.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecólogo-obstetra sin un referido del prestador de atención médica primaria. Un ginecólogo-obstetra le puede brindar:

- un examen preventivo para la mujer cada año;
- atención médica relacionada con el embarazo;
- tratamiento de los problemas médicos de ginecología-obstetricia;
- referidos para ver a un especialista de la red.

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

Su hija puede designar a un ginecólogo-obstetra como PCP. También puede consultar a un ginecólogo-obstetra de la red en cualquier momento que necesite a ese tipo de médico. No necesita una aprobación.

¿Cuánto debo esperar para que mi hija reciba 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.

¿Puede mi hija atenderse con mi ginecólogo-obstetra si este no participa en la red de BCBSTX? ¿Necesita un referido?

Su hija puede consultar con ginecólogo-obstetras que no participan en la red para recibir servicios que sean médicamente necesarios.

Si su hija consulta a un ginecólogo-obstetra que no participa en la red, avísele al coordinador de servicios.

¿Cómo elijo a un ginecólogo-obstetra para mi hija?

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

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

Servicios de planificación familiar

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar para mi hija?

Es posible que su hija quiera tener su propia familia o necesite saber cómo estar saludable antes de un embarazo.

También es posible que usted quiera que su hija sepa cómo evitar un embarazo o protegerse contra enfermedades.

La planificación familiar puede enseñarle a su hija lo siguiente:

- cómo estar lo más sana posible antes de un embarazo;
- cómo evitar su embarazo o el de su pareja;
- cómo no contraer una enfermedad.

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;
- control de la natalidad, incluidos los métodos anticonceptivos de acción prolongada (LARC, en inglés);
- pruebas de embarazo;
- pruebas de laboratorio;
- pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) (STI, en inglés);
- esterilización.

¿Mi hija necesita un referido para esto?

Su hija no necesita una aprobación de su PCP para recibir ayuda con la planificación familiar. Usted puede consultar a cualquiera de los siguientes prestadores de servicios médicos acreditados:

- Clínicas.
- Ginecólogo-obstetras.
- PCP.
- Enfermeras parteras con certificación;
- practicante de enfermería (*nurse practitioner*) con certificación especializado en atención médica para la mujer. No es necesario que el prestador de atención médica participe en la red BCBSTX, pero sí es necesario que acepte Medicaid.

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 prestador de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar en línea la dirección de los profesionales médicos de planificación familiar cercanos en www.healthytexaswomen.org/es/encuentre-un-medico o puede comunicarse con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al **1-877-688-1811** para recibir ayuda para encontrar a un profesional médico de planificación familiar. Si tiene impedimentos auditivos o del habla, puede comunicarse con la línea TTY al **711**.

Atención prenatal

Atención del embarazo

¿Qué sucede si mi hija está embarazada? ¿A quién debo llamar?

Llame al coordinador de servicios al **1-877-301-4394** o a Special Beginnings al **1-888-421-7781** cuando se entere de que su hija está embarazada.

Podemos ayudarla a encontrar un ginecólogo-obstetra y un hospital de la red.

Usted puede colaborar con el coordinador de servicios de su hija para encontrar un especialista si está embarazada y tiene necesidades especiales de atención médica. El coordinador de servicios la ayudará a realizar un acuerdo con los prestadores de servicios médicos fuera de la red, si es necesario. Llame al coordinador de servicios al **1-877-301-4394**.

Si su hija está embarazada, usted recibirá la siguiente información:

- Cómo cuidar a su hija embarazada.
- Información sobre Special Beginnings, nuestro programa prenatal. El programa Special Beginnings proporciona asesoramiento sobre la atención prenatal, educación sobre los posibles riesgos del embarazo y apoyo en 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**.
- Las pruebas que sean necesarias, como las ecografías.
- Pruebas, tratamiento y asesoramiento sobre el VIH (puede negarse a realizarse la prueba del VIH).
- Servicios brindados por enfermeras parteras, quienes podrían ser el PCP de la asegurada.
- Servicios con valor agregado según el caso.

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

Programe la primera consulta de atención prenatal teniendo en cuenta estos plazos:

- En cuanto crea que su hija está embarazada, pero antes de los 42 días de haber solicitado la cobertura o antes de que termine el primer trimestre.
- Dentro de los 14 días calendario después de haber llamado, si su hija está en el primer trimestre del embarazo.

- Dentro de los 7 días calendario después de haber llamado, si su hija se encuentra en el segundo trimestre del embarazo.
- Dentro de los 5 días hábiles después de haber llamado, si su hija se encuentra en el último trimestre del embarazo.

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

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

Le enviaremos correos con la siguiente información:

- Consejos para cuidar a su hija y al bebé recién nacido.
- Novedades sobre atención médica perinatal y lactancia.
- Un formulario para elegir un PCP para el bebé de su hija.

Se ofrecen servicios con valor agregado según el caso para las aseguradas embarazadas. Debe comunicarse con el coordinador de servicios para conocer qué servicios están disponibles.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

El médico de su hija la ayudará a encontrar un centro donde pueda dar a luz. También puede consultar los centros de parto en nuestro directorio en línea Provider Finder o en <https://www.hhs.texas.gov/providers/health-care-facilities-regulation/birthing-centers> (en inglés), 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

¿Cuándo y cómo le informo al encargado del caso de mi hija?

Es importante que llame al encargado del caso de su hija de la HHSC apenas haya nacido el bebé.

¿Cómo inscribo al bebé recién nacido de mi hija?

Llame al **211** para informar que nació el bebé. La HHSC le informará si el bebé es elegible para alguno de los programas.

¿Qué sucede si una asegurada de STAR Kids queda embarazada? ¿Cuándo y cómo le informo a la aseguradora?

Debe llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente en cuanto sepa que la asegurada está embarazada. Colaboraremos con usted para que la asegurada obtenga acceso a un ginecólogo-obstetra de su área. También le ofreceremos servicios con valor agregado relacionados con el embarazo, según el caso, cuando la asegurada haya quedado embarazada. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Transición para darse de baja de STAR Kids

¿Qué es un especialista en transición de servicios médicos? ¿Para qué me sirve consultar a un especialista en transición? ¿Cómo puedo comunicarme con un especialista en transición?

Estas son las responsabilidades del especialista en transición:

- Brindar apoyo a los coordinadores de servicios para ayudarlo a darse de baja de STAR Kids.

- Proporcionar asesoramiento e información para usted y otras personas de su red de apoyo sobre los recursos de transición.
- Identificar y establecer relaciones con las agencias comunitarias que apoyan el proceso de transición.
- Asistencia para que usted o su hijo hagan la transición del programa STAR Kids al programa STAR+PLUS y de los profesionales de pediatría de STAR Kids a los profesionales para adultos de STAR+PLUS.
- Puede consultar quién es el especialista en transición de su hijo llamando a Coordinación de Servicios al **1-877-301-4394** (TTY: **711**).

Servicios para la vista

¿Cómo recibo servicios para la vista?

Para encontrar oftalmólogos en su zona, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Servicios según cada caso específico

BCBSTX ofrecerá servicios según cada caso específico teniendo en cuenta la necesidad médica, los precios más convenientes y las preferencias del asegurado o su familia para mejorar su estado de salud. Consulte al coordinador de servicios de BCBSTX de su hijo para obtener más información sobre los servicios según cada caso específico.

PARTE 8

Servicios con valor agregado

Servicios con valor agregado (VAS, en inglés) ofrecidos por BCBSTX

¿Qué beneficios adicionales recibo como asegurado de STAR Kids de BCBSTX?

En BCBSTX contamos con numerosos servicios con valor agregado 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);
- mejora de anteojos o lentes de contacto (para niños);
- beneficio adicional para padres: atención médica de relevo para padres o representantes legales autorizados;
- tarjeta de regalo del programa Pasos Sanos de Texas para bebés;

- tarjeta de regalo por completar los chequeos preventivos para niños y adolescentes;
- exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos;
- recompensa por realizar actividades de salud y bienestar;
- 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 a través de nuestro programa Special Beginnings;
- entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria;
- recursos en línea para la salud mental (BH, en inglés);
- descuentos en salud y bienestar del programa 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 en favor de la salud, 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 conseguir estos beneficios para mi hijo?

Si desea obtener más información sobre los servicios con valor agregado, llame a Compromiso con el Asegurado. Para comunicarse con un asesor para asegurados del área de servicio del centro, llame al **1-855-497-0857**. Si se encuentra en el área de servicio de Travis, comuníquese al **1-877-375-9097**.

Se pueden aplicar restricciones y limitaciones.

¿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 Kids 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. Consulte la **PARTE 10** de este manual, **Servicios adicionales para asegurados de STAR Kids**, para obtener más información sobre los servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT, en inglés). 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 de BCBSTX.

Los asegurados con cobertura STAR Kids de BCBSTX pueden ser elegibles para usar los servicios con valor agregado si el tipo de traslado solicitado no se incluye en el programa de servicios NEMT. Esto incluye servicios con valor agregado, como clases

aprobadas de salud, 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 usted debe recibir la aprobación previa de BCBSTX antes de 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?

Los asegurados con cobertura STAR Kids 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 Kids 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.

Los asegurados pueden obtener traslados gratuitos para asistir a servicios aprobados que no tengan cobertura de Medicaid, por ejemplo, a consultas del programa WIC, a eventos y reuniones para asegurados de BCBSTX, a clases sobre salud aprobadas o a servicios incluidos en la cobertura, como consultas médicas que no sean de emergencia, terapia y farmacias, 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 a MTM Health. 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**

No recibirá el reembolso si antes no obtiene la aprobación.

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. Los servicios de transporte con valor agregado están disponibles para los asegurados cuando los servicios NEMT no lo están.

Mejora de artículos para la vista (para niños)

Los asegurados de hasta 20 años de edad con cobertura STAR Kids pueden obtener una mejora de artículos para la vista, como unos armazones elegantes (en vez de unos básicos), mejores lentes, lentes de contacto o un par de anteojos adicional, por un valor de hasta \$150, cada año después de realizarse un examen de la vista. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Limitaciones: el beneficio no puede exceder los \$150 cada año. Un profesional de Davis Vision que participa en la red tiene que prestar este servicio con valor agregado. 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, 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.

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.

Beneficio adicional para padres: atención médica de relevo para padres o representantes legales autorizados

En BCBSTX ofrecemos un servicio con valor agregado de atención médica de relevo para asegurados con cobertura STAR Kids que participen del programa de menores con dependencia médica (MDCP, en inglés). Este servicio VAS proporciona ocho horas adicionales por mes, por encima del servicio incluido de atención médica de relevo. Los asegurados pueden usar su prestador actual de atención médica de relevo. De esta manera, pueden continuar trabajando con un profesional que ya entiende sus necesidades de atención médica.

Limitaciones: servicio disponible únicamente para asegurados con cobertura STAR Kids participantes en el programa MDCP. Los padres o representantes legalmente autorizados tienen que colaborar con los coordinadores de servicios de BCBSTX para poder recibir el servicio VAS de atención médica de relevo y elegir al profesional adecuado. Los padres y representantes legalmente autorizados tendrán un límite de ocho horas por mes para atención médica de relevo con el prestador de servicios médicos de relevo actual o el que hayan seleccionado.

Los asegurados que sean nuevos en el programa trabajarán con su coordinador de servicios para seleccionar un profesional médico para su atención médica de relevo y obtener la autorización.

Este servicio con valor agregado no se aplica a los beneficios de atención médica de relevo con cobertura. El asegurado tiene que estar al día con el plan de coordinación de servicios para ser elegible. Este servicio está limitado al horario de 6:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, y no incluye horario nocturno. Los prestadores de atención médica de relevo tienen que estar dispuestos a enviarle una factura a BCBSTX por los servicios prestados para que el asegurado pueda recibir este servicio.



Tarjeta de regalo de incentivo por chequeos para niños y adolescentes

Los niños y adolescentes (de 2 a 20 años) con cobertura STAR Kids pueden recibir una tarjeta de regalo por \$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 de entre 2 y 20 años de edad deben garantizar que sus hijos se realicen los chequeos preventivos conforme a los criterios definidos. Los asegurados deben contar con cobertura vigente e inscribirse en el programa Wellness Rewards de BCBSTX para ser elegibles y 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.

Exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos

Los asegurados de entre 3 y 20 años de edad pueden recibir cada año calendario, sin costo, un examen físico requerido para practicar deportes y participar en campamentos.

Limitaciones: el examen físico para practicar deportes y participar en campamentos estará disponible a través de profesionales médicos con contrato. Este servicio con valor agregado se limita a un examen físico cada año calendario para asegurados de entre 3 y 20 años de edad.



Recompensa por actividades de salud y bienestar

Los asegurados con cobertura STAR Kids pueden obtener una tarjeta de regalo de \$40 por participar en algún programa de salud y bienestar que los incentive a mantener el cuerpo y la mente sanos. Por ejemplo, por practicar deportes, aprender música, practicar actividades artísticas o participar en algún campamento que ofrezca actividades recreativas.

Limitaciones: las actividades y clases para la salud y el bienestar incluyen, 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.

Clases en línea prenatales, posparto y para afrontar un duelo

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece BCBSTX?

Blue Cross and Blue Shield of Texas ofrece clases prenatales en línea sin costo a embarazadas con cobertura STAR Kids. 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 17 idiomas. Visite el sitio web para asegurados con cobertura STAR Kids en espanol.bcbstx.com/medicaid para obtener más información sobre las clases en línea y otros recursos para aseguradas embarazadas. 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: la asegurada con cobertura STAR Kids debe estar 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 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.



Tarjeta de regalo por consulta prenatal

Las aseguradas embarazadas con cobertura STAR Kids 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 Kids pueden obtener una tarjeta de regalo de \$50 por completar una consulta posparto dentro de los 7 a 84 días después de tener un bebé.

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 inscriba, se le asignará un coordinador de servicios de Special Beginnings. Su coordinador de servicios es un enfermero especialmente capacitado que le hablará acerca de cómo están usted y su bebé, y la seguirá llamando hasta seis semanas después del nacimiento del bebé.

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

Entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria

Los asegurados con cobertura STAR Kids que hayan recibido el alta del hospital por un problema médico o de salud mental elegible mientras contaban con nuestra cobertura pueden ser elegibles para recibir hasta 14 comidas a domicilio. Las opciones de comida se entregan congeladas e incluyen opciones para el almuerzo y la cena. Si tiene preguntas, llame a su coordinador de servicios o al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. 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.

Descuentos en salud y bienestar del programa 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 Kids en www.blue365deals.com/es/BCBSTX.

Entre los tipos de descuentos podemos mencionar los siguientes:

- ropa y calzado;
- acondicionamiento físico;
- servicios para el cuidado auditivo y de la visión;
- hogar y familia;
- nutrición;
- cuidado personal.

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

Limitaciones: la membresía de Blue365 es gratuita y se ofrece a asegurados de hasta 64 años de edad. Blue365 es un programa que ofrece descuentos en productos y servicios para la salud y el bienestar. Los asegurados sin acceso (o acceso limitado) a Internet, los asegurados con impedimentos de la vista y aquellos que tengan preguntas sobre cómo obtener información sobre Blue365 pueden comunicarse con Compromiso con el Asegurado o con su asesor para asegurados para que les ayuden a buscar recursos de Blue365 e información del programa. Los asegurados deben inscribirse en el sitio Blue365deals.com/es de Texas. En el proceso de inscripción deberán indicar su nombre, entre otros datos.

Learn to Live: plataforma en línea sobre salud mental (BH)

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 ofrece soluciones de servicios de salud mental a su propio ritmo y, además, acceso a consejeros para asegurados 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, inscríbase en <https://es.learntolive.com/welcome/BCBSTXMedicaid> (código de acceso: **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 en la cobertura, comuníquese con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Puede consultar cuáles son las farmacias de la red en espanol.bcbstx.com/medicaid, en el directorio en línea Provider Finder.

¿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 solo 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

¿Qué incluye la cobertura para medicamentos con receta de mi hijo?

Los beneficios de su hijo incluyen la cobertura de ciertos medicamentos con y sin receta, y ciertos suministros médicos.

Para estar incluido en la cobertura, un medicamento debe figurar en la lista de medicamentos preferenciales del Programa de Proveedores de Medicamentos (VDP, en inglés). La lista de medicamentos

incluye medicamentos genéricos, de marca y de venta libre que requieren una receta médica, como las vitaminas prenatales y ciertos minerales, y algunos suministros médicos limitados.

Si un asegurado necesita un medicamento que no figura en la lista de medicamentos del VDP, aun así estará incluido en la cobertura si es médicamente necesario y no hay otros medicamentos disponibles en la lista de medicamentos (*formulary*, en inglés) que satisfagan su necesidad.

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 con lo siguiente:

- Son médicamente necesarios para su hijo.
- Su hijo tiene una receta del médico para adquirirlos (incluso para los medicamentos de venta libre).
- Usted surte la receta médica en una farmacia de la red.
- Usted cumple las reglas de la cobertura.

La mayoría de los medicamentos genéricos y algunos medicamentos de venta libre están incluidos en la cobertura. Si su hija está embarazada, las vitaminas prenatales de venta libre son un beneficio incluido en la cobertura. Solicítele al obstetra de su hija que le haga una receta médica.

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.

Si su médico quiere que su hijo tome un medicamento que no figura en la lista, puede solicitar su aprobación. Dentro de las 24 horas, le informaremos a su médico si aceptamos la solicitud. Si recibimos el pedido fuera del horario de atención, le responderemos a su médico el siguiente día hábil. 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 averiguar si un medicamento se encuentra en nuestra lista, comuníquese con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o visite espanol.bcbstx.com/medicaid.

Para cuidar la salud de su hijo, asegúrese de que el médico y farmacéutico conozcan todos los medicamentos que su hijo toma, incluidos los medicamentos de venta libre.

Esta cobertura no incluye el cannabis.

El cannabis se refiere a todas las partes de la planta *genus 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 cada 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.

¿Cómo obtengo los medicamentos para mi hijo?

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

¿Cómo consigo los medicamentos para mi hijo si se encuentra en un centro de enfermería?

El centro de enfermería le proporcionará los medicamentos a su hijo.

¿Qué pasa si no puedo obtener la aprobación del medicamento recetado por el médico de mi hijo?

Algunos medicamentos requieren que su médico llame o envíe por fax una autorización previa a la farmacia antes de que pueda obtenerlos. Si no se puede localizar al médico de su hijo para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días en una farmacia de la red sin cita previa.

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX para obtener ayuda a la hora de surtir los medicamentos de su hijo o conseguirlos. Los asegurados que tienen impedimentos auditivos o del habla pueden comunicarse con la línea TTY al **711**.

¿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 ocurre si pierdo los medicamentos de mi hijo?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para obtener ayuda si pierde los medicamentos de su hijo. Lo ayudaremos a obtener medicamentos de reemplazo.

Cómo buscar una farmacia de la red

¿Cómo busco una farmacia de la red?

Para encontrar una lista de las farmacias, use nuestro directorio en línea 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 de su hijo, la receta médica y la tarjeta de beneficios del programa de Medicaid *Your Texas Benefits*.

Farmacia con entrega de medicamentos a domicilio

¿Qué hago si necesito que envíen los medicamentos de mi hijo 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 hogar un suministro de 90 días de medicamentos a largo plazo. Los medicamentos a largo plazo son aquellos que toma con regularidad por más de tres meses. Sirven para tratar enfermedades crónicas, como el colesterol

alto o la presión arterial elevada, así como el asma, la depresión y la ansiedad. Comuníquese con Walgreens Mail Service para obtener más información sobre los servicios de entrega a domicilio.

- Llámelos gratis 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 recetado, llame al **1-877-688-1811**.

Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia

¿Cómo puedo recibir servicios de transporte para mi hijo?

Puede usar los servicios de transporte con valor agregado cuando tiene que recoger medicamentos recetados. Pero primero debe intentar acceder a los servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT, en inglés) a través de MTM Health. Llame a MTM Health al **1-866-824-1565** para averiguar si puede obtener un traslado a la farmacia. Si no pueden programar su traslado, 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 puede obtener un traslado a los 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 que sean médicamente necesarios se realiza a través de BCBSTX. Para los niños desde el nacimiento hasta los 20 años: BCBSTX también paga artículos médicamente necesarios, recetados o de venta libre, como medicamentos, pañales, fórmula y algunas vitaminas y minerales. Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX para obtener más información sobre estos beneficios.

Suministros limitados de atención médica a domicilio

Ahora, usted puede recibir 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 nuevo monitor, su médico pueda hacerle 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 de BCBSTX.

Programa Lock-In de Medicaid

¿Qué es el Programa Lock-In de Medicaid?

Si usted y su hijo no siguen las reglas de Medicaid, puede que los asignen al Programa Lock-In. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid no cambian. Cambiarse a otra cobertura médica no modificará su situación respecto del programa Lock-In.

Cumpla con lo siguiente 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 refieran 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 de BCBSTX.

Asegurados con elegibilidad doble

¿Qué sucede si también tengo Medicare?

La mayoría de los medicamentos de los asegurados que son elegibles para Medicare y Medicaid (elegibilidad doble) se cubrirán por medio de la cobertura Medicare Parte D. BCBSTX pagará algunos medicamentos no incluidos en la cobertura de Medicare Parte D, como los siguientes:

- medicamentos de venta libre;
- productos contra la tos y el resfriado;
- vitaminas y minerales;

- suministros limitados de atención médica a domicilio.

El programa Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingresos Limitados (LI-NET, en inglés) de Medicare proporciona una cobertura provisional para medicamentos recetados de la Parte D para los beneficiarios del subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés) que todavía no estén inscritos en una cobertura de medicamentos de Medicare. El programa

LI-NET también brinda cobertura retroactiva a los asegurados nuevos con elegibilidad doble (personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid).

Si no se inscribió en una cobertura de medicamentos recetados de la Parte D o tiene problemas para obtener sus medicamentos de Medicare, comuníquese con el programa LI-NET al **1-800-783-1307** para recibir ayuda.

PARTE 10

Servicios adicionales para asegurados de STAR Kids

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 de BCBSTX, lo ayudaremos a conseguir estos servicios.

Intervención temprana en la infancia (ECI)

¿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 3 años de edad. El proveedor del ECI que usted haya seleccionado llevará a cabo la administración del caso clínico y realizará recomendaciones sobre el plan de servicio individual y familiar. La cobertura de STAR Kids de BCBSTX brindará todas las terapias que se indiquen en el plan. 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 para el Programa de Intervención Temprana en la Infancia?

No necesita un diagnóstico ni una orden médica para obtener acceso a los servicios del ECI.

¿Dónde puedo encontrar un profesional médico del programa ECI?

Puede ingresar en <https://citysearch.hhsc.state.tx.us/> (disponible solo en inglés) o llamar al coordinador de servicios de BCBSTX al **1-877-301-4394**.

¿Cómo y cuándo puedo obtener los cheques dentales del programa Pasos Sanos de Texas para mi hijo?

El programa Pasos Sanos de Texas incluye servicios dentales de rutina para asegurados desde los seis meses de vida.

Recibirá recordatorios cuando su hijo necesite un chequeo. Llame a su cobertura dental si tiene preguntas.

Administración de casos clínicos para niños y embarazadas

¿Qué es la administración de casos clínicos para niños y embarazadas?

Si necesita ayuda para encontrar y recibir servicios, quizás un profesional asignado al caso pueda ayudarle.

¿Quién puede obtener los servicios de 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 a un caso?

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

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

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los profesionales asignados al caso pueden ayudarle a lo siguiente:

- Recibir servicios médicos y dentales, suministros o equipo médico.
- Tratar asuntos escolares o educativos.
- Tratar otros problemas.

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

Puede comunicarse con un coordinador de servicios llamando al **1-877-301-4394** (TTY: **711**) entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m.

O puede llamar a Pasos Sanos de Texas al **1-877-847-8377** (TTY: **711**) entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m.

También puede visitar espanol.bcbstx.com/medicaid.

Servicios del 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. 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**.

Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación

El Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS, en inglés) ayuda a los asegurados discapacitados en las siguientes áreas:

- vida independiente;
- comunicación;
- movilidad;
- habilidades sociales.

También ayuda a los niños con retrasos en el desarrollo:

- El DARS hace pruebas para saber si el niño tiene problemas en la vista que afectarán su desarrollo.
- Todo niño que tenga un problema de la vista puede participar en el programa Blind Children's Vocational Discovery and Development.

Datos para obtener más información sobre el DARS:

Teléfono: 1-800-628-5115 (sin costo)

Correo electrónico:

DARS.Inquiries@dars.state.tx.us

Fax: 1-512-424-4730

Correo postal: DARS Inquiries Unit
4800 N. Lamar
MC 1416
Austin, Texas 78756

Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT)

¿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 que no sean de emergencia 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 acera a acera 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, usted puede recibir lo siguiente:
 - El costo de las comidas asociadas a un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria de comidas es de \$25 al día por persona.
 - El costo del alojamiento asociado a un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan 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.
 - Fondos necesarios para un viaje por adelantado, para cubrir los servicios autorizados de transporte para casos que no sean de emergencia médica.

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 consigo un traslado? ¿A quién debo llamar para obtener un traslado a una consulta médica?

Llame al **1-866-824-1565** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, para solicitar los servicios NEMT. Tiene que solicitarlos lo antes posible, por lo menos, con 48 horas de anticipación. En algunos casos, puede solicitar los servicios NEMT con menos de 48 horas 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 **1-877-688-1811** (TTY: **711**) para coordinar un traslado a través de los servicios de transporte con valor agregado de BCBSTX.

¿Cómo obtengo dinero para cubrir 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, 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:
 - Llame al **1-866-824-1565** (TTY: **711**).
 - Use el portal MTM Link Member.
 - 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.

¿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**).

La aplicación móvil de MTM Health

Como asegurado, también puede descargarse 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 Apple 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.

Servicios en centros de enfermería

Si el asegurado tiene aprobación para estar en un centro de enfermería o un centro que brinda el nivel atención de un asilo, el asegurado puede ir al asilo o recibir ayuda para permanecer en la comunidad con una variedad de apoyo y servicios a largo plazo.

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 de BCBSTX. Lo ayudaremos a obtener más información sobre estos servicios.

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 de BCBSTX. 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 y de apoyo social. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX. Lo ayudaremos a obtener más información sobre estos servicios.

Exenciones

Algunos asegurados son elegibles para recibir servicios adicionales a través de exenciones de agencias estatales.

Estoy recibiendo servicios del programa de menores con dependencia médica (MDCP, en inglés). ¿Cómo recibiré apoyo y servicios a largo plazo?

El apoyo y los servicios a largo plazo (LTSS, en inglés) de un plan estatal, tales como servicios de atención personal (PCS, en inglés), servicios de enfermera particular (PDN, en inglés) y los de Community First Choice (CFC), así como todos los servicios del programa MDCP, se prestarán a través de BCBSTX. Favor de comunicarse con el coordinador de servicios de su hijo si necesita ayuda con el acceso a estos servicios.

Estoy recibiendo servicios de exención del programa Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES, en inglés). ¿Cómo recibiré apoyo y servicios a largo plazo?

El apoyo y los servicios a largo plazo de un plan estatal, tales como servicios de atención personal, servicios de enfermera particular y los servicios de CFC se prestarán a través de BCBSTX. Los servicios de exención del programa YES se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Favor de comunicarse con el coordinador de servicios de su hijo si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al profesional asignado al caso de la Autoridad Local de Servicios de Salud Mental (LMHA, en inglés) con preguntas específicas sobre los servicios de exención del programa YES.

Estoy recibiendo servicios de exención del programa Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS, en inglés). ¿Cómo recibiré apoyo y servicios a largo plazo?

El apoyo y los servicios a largo plazo de un plan estatal, tales como servicios de atención personal, servicios de enfermera particular y los servicios de CFC se prestarán a través de BCBSTX. Los servicios de exención del programa CLASS se prestarán a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de BCBSTX si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al profesional asignado al caso del programa CLASS con preguntas específicas sobre los servicios de exención de dicho programa.

Estoy recibiendo servicios de exención del programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD, en inglés). ¿Cómo recibiré apoyo y servicios a largo plazo?

El apoyo y los servicios a largo plazo de un plan estatal, tales como servicios de atención personal, servicios de enfermera particular y los servicios de CFC se prestarán a través de BCBSTX. Los servicios de exención del programa DBMD se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de BCBSTX si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al profesional asignado al caso del programa DBMD con preguntas específicas sobre los servicios de exención de dicho programa.

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

El apoyo y los servicios a largo plazo de un plan estatal, tales como servicios de atención personal, servicios de enfermera particular y los servicios de CFC se prestarán a través de BCBSTX. Los servicios de exención del programa HCS se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de BCBSTX si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al coordinador de servicios de HCS por medio de la autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo (LIDDA, en inglés) con preguntas específicas sobre los servicios de exención del programa HCS.

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

El apoyo y los servicios a largo plazo de un plan estatal, tales como servicios de atención personal, servicios de enfermera particular y los servicios de CFC se prestarán a través de BCBSTX. Los servicios de exención del programa TxHmL se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de BCBSTX si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al coordinador de servicios del programa TxHmL por medio de la LIDDA con preguntas específicas sobre los servicios de exención que ofrece dicho programa.

PARTE 11

Programas para ayudarle a estar saludable

Para su tranquilidad

La línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline le permite comunicarse con un enfermero las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Educación sobre la salud

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece BCBSTX?

A través de nuestro programa de manejo de enfermedades, BCBSTX brinda oportunidades de educación sobre la salud de forma personalizada. Puede aprender lo siguiente:

- Cómo manejar y controlar el asma.
- Cómo manejar y controlar la diabetes.
- Cómo mantener su corazón sano.
- Cómo controlar la presión arterial y el colesterol altos.
- Cómo prevenir embarazos no planificados.
- Obtener información sobre métodos de crianza para mantener a sus hijos sanos y saludables.
- Cómo evitar la necesidad de usar drogas y alcohol.

- Cómo vivir de manera saludable.
- Cómo controlar el peso, alimentarse mejor y seguir un programa de ejercicios.

Educación sobre embarazo y planificación familiar para ayudar a lo siguiente:

- Mantenerse saludable durante el embarazo.
- Tener un embarazo saludable. Llámenos si quiere recibir consejos sin costo sobre el nacimiento.
- Obtener apoyo con los servicios prenatales.
- Obtener apoyo sobre la lactancia: un enfermero responderá preguntas y le brindará a su hija el apoyo que necesita para poder amamantar. Llame a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline.
- Obtener consejos sobre hábitos para mantenerse saludable y la necesidad de realizarse exámenes de rutina, mamografías y pruebas de detección de cáncer del cuello del útero.
- Obtener lecciones sobre planificación familiar, para aprender lo siguiente:
 - cómo prevenir embarazos no planificados;
 - cómo preparar el cuerpo para un embarazo;
 - cómo prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) (STI, en inglés), como el VIH/sida.

Para manejar enfermedades:

- El Programa de Manejo del Asma puede ayudarlo a administrar los medicamentos y el plan médico de su hijo.
- El Programa para el Manejo de la Diabetes brinda consejos sobre nutrición, exámenes preventivos y referidos para consultar a especialistas, para poder controlar y manejar la diabetes.

Si tiene preguntas, llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al **1-877-688-1811** (TTY: **711**) o a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-855-802-4614**.

Para obtener más información sobre el programa de manejo de enfermedades, llame al **1-877-214-5630**.

Programa Special Beginnings®

Special Beginnings es un programa que ayuda a las madres embarazadas y a sus bebés al proporcionar educación de salud antes y después del embarazo.

Si su hija está embarazada, Special Beginnings puede ayudarla a que entienda y gestione mejor su embarazo. Deberá inscribirse tan pronto sepa que su hija está embarazada. También recibirá llamadas telefónicas personales y privadas de un enfermero experimentado durante todo el embarazo hasta seis semanas después del nacimiento de su bebé.

Una vez inscrita en el programa, su hija recibirá lo siguiente:

- Una lista de preguntas relacionadas con el embarazo para identificar los problemas que pueden presentarse durante el embarazo.
- Información sobre nutrición, cuidado de recién nacidos y otros temas.
- Cuidado especial según las necesidades de su hija.

- Un libro sobre embarazo y cuidado de bebés.
- Ayuda del personal de Special Beginnings, que hablará con el médico de su hija sobre sus necesidades.

Si su hija está embarazada y le gustaría inscribirse en el programa Special Beginnings, llame al **1-888-421-7781**.

¿Qué otros servicios puede BCBSTX ayudarme a obtener?

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés)

El programa WIC 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 de este programa, llame al **1-800-942-3678**.

Cómo recibir otros servicios

Es posible que quiera servicios no incluidos en la cobertura de BCBSTX. Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente si cree que estos programas pueden ayudar a su hija.

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 médico de mi hijo?

BCBSTX le garantiza que tendrá servicios de interpretación disponibles cuando llame al Departamento de Especialistas

en Servicio al Cliente, cuando hable con el coordinador de servicios de su hijo o cuando consulte al PCP de su hijo. En BCBSTX no se recomienda el uso de familiares, amigos o niños como intérpretes debido a las diferentes palabras que se utilizan en la comunicación médica.

Si necesita los servicios de un intérprete o alguno de nuestros materiales para asegurados en otro idioma, comuníquese con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para obtener ayuda. Queremos que usted tenga acceso a los servicios correctos. Por eso, ofrecemos lo siguiente:

- materiales de educación de salud en inglés y español;
- personal de Servicio al Cliente que habla en inglés y en español;
- servicios de intérpretes telefónicos las 24 horas;
- lenguaje de señas y ayuda de intérprete 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 (que el médico de su hijo 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 Kids, 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?

Si necesita ayuda para obtener 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 PCP de su hijo, pídale al médico que nos llame con, por lo menos, 72 horas (3 días) de anticipación. Con gusto le brindaremos ayuda. No es necesario que lleve a un amigo o miembro de la familia para que le traduzcan, a menos que usted lo desee.

Ayuda para los asegurados con pérdida de la audición o del habla

Los asegurados que sufren pérdida del habla o la audición, pueden llamar sin costo al número de BCBSTX. Llame a la línea TTY del Departamento 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**.

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

Ofrecemos este manual y otra información importante en otros idiomas y formatos, como braille, en letras grandes y en audio, para asegurados con impedimentos auditivos o de la vista. 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 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.

Asegurados con necesidades especiales de atención médica

En BCBSTX ofrecemos servicios especiales sin costo para los asegurados con necesidades de salud especiales. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Coordinación de servicios médicos para ayudarlo a que su hijo obtenga el cuidado adecuado.

- Consulta a un especialista en niños sin necesidad de un referido. El especialista de su hijo puede actuar como su PCP.

Si desea hablar con un coordinador de servicios, llame al **1-877-301-4394**, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

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 sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al **1-877-688-1811** (TTY: **711**) para explicarnos el problema.

En BCBSTX, también contamos con un asesor para asegurados bilingüe que puede ayudarlo a presentar la queja. 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 proceso 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 presentar 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 <https://www.hhs.texas.gov/es/contactenos/quejas-apelaciones/oficina-del-ombudsman-de-hhs/ombudsman-ayuda-con-la-atencion-medica-administrada>.

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 prestadores de servicios médicos;
- 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 **1-855-497-0857** (si se encuentra en el área de servicio del centro) o al **1-877-375-9097** (si se encuentra en el área de servicio de Travis). 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 escríbanos 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 Comisión de Salud y Servicios Humanos 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 mi hijo, pero la cobertura médica lo rechaza o restringe?

Si no aprobamos la cobertura de un servicio o medicamento que el médico de su hijo 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 **1-877-688-1711** (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, marque “Yes” (Sí) donde dice “*Do you want your services to continue?*” (¿Desea mantener sus servicios?) en el formulario de solicitud de apelación a la cobertura médica. También puede llamar a BCBSTX al **1-877-688-1711** 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:

- ha finalizado;

- se ha interrumpido durante cierto tiempo;
- se ha limitado;
- un médico autorizado solicitó 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 de la cobertura médica, es posible que tenga que reembolsarle a BCBSTX los servicios prestados durante el proceso de 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 de BCBSTX puede ayudarle a presentar una apelación. Toda apelación oral e interna a BCBSTX tendrá que confirmarse con una apelación

escrita firmada por usted o por el representante autorizado, salvo que sea una apelación acelerada (rápida) a interna de BCBSTX.

¿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 de emergencia. 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?

Recibirá una carta con la decisión final dentro de los 30 días de su solicitud. 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.

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 de BCBSTX al **1-877-688-1811** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

Puede 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

También, puede enviar por fax una apelación por escrito al **1-855-212-8110**. Puede pedirle a su médico que la envíe en línea a www.myprime.com/es.html o 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:

- 1 Llamar sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-877-688-1811** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.
- 2 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.
- 3 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 a BCBSTX?

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

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

Para su apelación, usted tiene derecho a presentar comentarios escritos, documentos 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 de la 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?

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 acelerada 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 (1) 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 (2) días calendario.

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

Recibirá una carta con la decisión final dentro de los 30 días de su solicitud. 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 pasa si BCBSTX rechaza el pedido de apelación de emergencia?

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
O pueden llamar a BCBSTX al
1-877-688-1811 (TTY: 711).

Usted tiene derecho a continuar recibiendo cualquier servicio que la aseguradora haya rechazado o reducido, de acuerdo con los servicios autorizados previamente, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial ante el estado, si la solicitó dentro de los siguientes plazos: (1) 10 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta enviada por la cobertura médica con la decisión interna de apelación, o (2) el día en que sus servicios se reducirán o terminarán según la carta enviada por la aseguradora con la decisión interna de apelación. 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 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 estatal 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 apelación 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 envíe 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 solicitarla, el asegurado o su representante puede 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;
- enviarlo por fax al número que aparece en la parte superior del formulario;
- llamar al **1-877-688-1811** (TTY: **711**);
- enviar un 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 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, marque "Yes" (Sí) donde dice "*Do you want your services to continue?*" (¿Desea mantener sus servicios?) en el formulario de solicitud de apelación a la cobertura médica. 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.
- Ya no tiene Medicaid.

Puede suceder que BCBSTX o su PCP ya no puedan seguir prestándole servicios.

La cobertura de BCBSTX de su hijo 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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC, en inglés). La comisión toma las siguientes decisiones:

- decide sobre la elegibilidad e inscripción de los asegurados en la cobertura médica;
- decide sobre el rechazo o la cancelación de la cobertura 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 solicitar la baja de mi hijo de la cobertura por incumplimiento?

BCBSTX puede cancelar la cobertura médica de su hijo en los siguientes casos:

- si permite que otra persona use la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo;
- si es verbalmente abusivo con el PCP de su hijo, con el personal del consultorio o con otros asegurados;
- si causa problemas a las operaciones de BCBSTX;

- si usa habitualmente la sala de emergencias para atención médica de rutina;
- si comete fraude;
- si realiza declaraciones falsas sobre su hijo;
- si afecta negativamente la capacidad de BCBSTX para proporcionar o coordinar servicios para su hijo u otros asegurados;
- si afecta negativamente la capacidad de un prestador de servicios médicos para proporcionar servicios a otros pacientes.

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

Si desea cancelar la cobertura de su hijo con BCBSTX, llame a Maximus al **1-800-964-2777**.

Si quiere cancelarla 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 de su hijo, pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid de la misma cobertura médica que tenía antes de perderla. También tendrá el mismo prestador de atención médica primaria de antes.

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

Después del nacimiento de su bebé, es posible que usted pierda su cobertura de Medicaid. Podría recibir algunos servicios de atención médica por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas y del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS, en inglés). Estos servicios son para las personas 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 Índice 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** (gratis)

Programa de Atención Médica Primaria del HHS y la HHSC

El Programa de Atención Médica Primaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) y la Comisión de

Salud y Servicios Humanos (HHSC, en inglés) atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir la misma atención por medio de un seguro u otros programas. Para recibir servicios por medio de este programa, los ingresos de las personas no deben exceder los límites de ingresos del programa (200% del Índice Federal de Pobreza). Las personas aprobadas para recibir servicios tendrán que pagar un copago, pero a nadie se le niegan los servicios por falta de dinero.

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 en <http://txclinics.com/>.

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

Sitio web:

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

Teléfono: 1-512-776-7796 211

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us;
PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

Programa de Atención Médica Primaria de la HHSC ampliado

El Programa de 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 Índice Federal de Pobreza).

Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por la HHSC. Los trabajadores comunitarios de salud ayudan a asegurar que las mujeres reciban los servicios de prevención y detección que necesitan.

Algunas clínicas podrían ofrecer ayuda con la lactancia materna.

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

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del Programa de 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>

Teléfono: 1-512-776-7796

Fax: 1-512-776-7203

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

Programa de Planificación Familiar del Departamento de Salud y Servicios Humanos

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, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web:

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

Teléfono: 1-512-776-7796

Fax: 1-512-776-7203

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

Cómo cambiar de cobertura médica

¿Qué ocurre si quiero cambiar de cobertura médica?

Puede cambiar la cobertura médica de su hijo llamando a la Línea de Ayuda de STAR Kids de Texas, al **1-800-964-2777**.

Usted puede cambiarla siempre que quiera.

¿Cuándo entrará en vigor el cambio de la cobertura médica de mi hijo?

Si llama para cambiar de cobertura a su hijo 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 la línea de ayuda del programa STAR Kids al **1-800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar la cobertura médica de mi hijo?

- Puede cambiar de cobertura médica a su hijo una vez al mes.
- Cambiar la cobertura médica de su hijo puede tardar entre 30 y 45 días.
- Si su hijo se encuentra internado en el hospital, no puede cambiar de cobertura médica hasta que reciba el alta.

Si su hijo se encuentra internado en el hospital o en un entorno residencial, su hijo no podrá cambiar de cobertura médica hasta que reciba el alta.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al **1-877-688-1811** (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 prestadores de servicios médicos en el directorio en línea Provider Finder en espanol.bcbstx.com/medicaid. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline.

Cómo renovar la cobertura médica

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

No pierda los beneficios de atención médica de su hijo. Si no completa la solicitud de renovación, su hijo podría perder los beneficios, incluso si es elegible para recibirlos. Deberá renovar los beneficios de su hijo cada 12 meses.

- 1 La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC, en inglés) le enviará un paquete aproximadamente 60 días antes de la fecha de finalización para informarle que es hora de renovar los beneficios de Medicaid. El paquete tendrá instrucciones sobre cómo hacer la renovación. Si no realiza la renovación antes de la fecha de finalización, perderá los beneficios de atención médica de su hijo.
- 2 Puede solicitar y renovar los beneficios en línea en www.YourTexasBenefits.com (haga clic en "Español"). 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 tiene preguntas, puede llamar al **211**. Elija un idioma y luego seleccione la opción 2.

BCBSTX se asegurará de lo siguiente:

- Usted conoce los plazos de renovación.
- Actualiza la información de contacto en la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés) y la Oficina de Servicios Sociales (OSS).
- Responde las solicitudes de la SSA y OSS para asegurarse de que no haya interrupciones en la cobertura.
- Está en contacto con las oficinas de elegibilidad correspondientes que le ofrecen ayuda para entender los formularios o las solicitudes.

Las familias, además, pueden solicitar la cobertura estándar de Medicaid, pero también tienen que solicitar los cheques de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés), si es que no lo han hecho.

Cómo completar el proceso de renovación

Si los niños todavía son elegibles para la cobertura de su programa actual, la Comisión de Salud y Servicios Humanos le enviará una carta a la familia en la que se especifique la fecha de inicio del nuevo período de cobertura. La Comisión de Salud y Servicios Humanos le enviará una notificación si su hijo es elegible para STAR Kids y le proporcionará información sobre la nueva cobertura.

La renovación de la cobertura de STAR Kids se lleva a cabo cuando la familia firma y envía a la Comisión de Salud y Servicios Humanos el formulario correspondiente de solicitud de cobertura médica o transferencia, si la familia elige una nueva cobertura médica o dental.

PARTE 15

Otros datos que quizá necesite saber

Es posible que tenga preguntas que no hayan sido respondidas en este manual.

En esta sección, encontrará respuestas a muchas de ellas.

Cómo comunicarse con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX

Nuestro personal está capacitado para ayudarlo a entender la cobertura médica de su hijo. Podremos brindarle detalles sobre lo siguiente:

- elegibilidad;
- beneficios;
- 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 de BCBSTX atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, de lunes a viernes y durante los fines de semana. Lo llamaremos al siguiente día hábil.

¿Puedo comunicarme en línea con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente?

BCBSTX ofrece mensajes con doble protección, que les permiten a los asegurados comunicarse con nuestro equipo de servicio al cliente directamente y recibir respuestas en BAM, nuestro portal protegido para asegurados. Inicie sesión en su cuenta de BAM o haga clic en “Mensajes” para comenzar.

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

Abuso, negligencia y explotación

¿Cómo debo denunciar mis sospechas de un caso de abuso, negligencia o explotación?

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

¿Qué son 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 del 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 a la HHSC llamando al **1-800-458-9858** si la persona que sufre abuso, negligencia o explotación vive o recibe servicios de alguno de los siguientes lugares:

- 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 el hogar y 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 una denuncia

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.

Fraude y abuso

¿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 tarjeta de identificación de Medicaid;
- usa la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona;
- no dice la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que la persona tiene con el propósito de recibir 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:

- Presente la denuncia directamente ante BCBSTX:

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

- Llame sin costo a la línea directa del Departamento de Investigación Especial de BCBSTX, al **1-800-543-0867**. La línea directa está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para denunciar malgasto, abuso o fraude de forma confidencial.

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

- Al denunciar a un profesional médico (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, centro de enfermería, 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 lo siguiente:
 - 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.

Nuevos tratamientos médicos

En BCBSTX revisamos los nuevos tratamientos médicos. 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 el médico de su hijo 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 médico si el tratamiento está aprobado.

Mejoramiento de la calidad

Queremos mejorar su cobertura médica. Para hacerlo, contamos con un Programa para el Mejoramiento de la Calidad (QI, en inglés). A través de este programa:

- evaluamos nuestra cobertura médica con el fin de mejorarla;
- llevamos un registro sobre en qué medida usted está satisfecho con su médico;
- llevamos un registro sobre en qué medida usted está satisfecho con nuestros servicios;
- utilizamos 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 Kids, en la sección “Formularios y documentos”.

Asegurados con Medicaid y Medicare (doble elegibilidad)

Si su hijo tiene tanto la cobertura de Medicare como la de Medicaid, tiene dos tipos de cobertura médica. Sus beneficios del programa STAR Kids no reducirán ni cambiarán ninguno de sus beneficios de Medicare. El PCP de su hijo será el médico que usted haya elegido a través de la cobertura de Medicare de su hijo. No es necesario que elija otro PCP para recibir servicios del programa STAR Kids. Asegúrese de que el coordinador de servicios de su hijo sepa el nombre del PCP del programa Medicare.

Llame a su coordinador de servicios al **1-877-301-4794** para analizar los beneficios de Medicare y Medicaid de su hijo. Infórmele al coordinador de servicios qué prestadores de servicios médicos consulta su hijo con los beneficios de Medicare.

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 o cobertura de exención, su hijo aún puede ser elegible para 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 ocurre si recibo una factura del médico de mi hijo?

En la mayoría de los casos, usted no debería recibir facturas de ningún prestador de servicios médicos de Medicaid participante de BCBSTX que cubra la atención médica aguda o el apoyo y servicios a largo plazo del programa STAR Kids. Si recibe facturas, 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.

¿Puede mi profesional médico de Medicare enviarme una factura por servicios o artículos si mi hijo recibe Medicare y Medicaid?

No. No le pueden enviar una factura por los gastos compartidos de Medicare, lo cual incluye deducibles, coaseguro y copagos incluidos en la cobertura de Medicaid.

¿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 pasa si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre la atención médica de mi hijo?

Puede designar a su cónyuge o a un representante legal oficial como la persona que tomará las decisiones por usted sobre la atención médica de su hijo, en caso de que esté demasiado enfermo como para tomarlas usted mismo.

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 detalles para que los usen el PCP de su hijo y otros proveedores de atención médica. Se los conoce como Instrucciones anticipadas para asuntos médicos. Pida ayuda a su familia, al PCP de su hijo o a alguien de su confianza. Usted puede cambiar o dejar sin efecto el testamento vital de su hijo en cualquier momento.

¿Cómo obtengo una instrucción anticipada para mi hijo?

Generalmente, puede obtenerlas en la oficina de un abogado. También puede descargar los formularios en <https://fhhb.hhs.texas.gov/es/es/formas/voluntades-anticipadas>. 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.

Sus expedientes médicos

Las leyes federales y estatales le permiten ver sus expedientes médicos. Primero, pídale los expedientes médicos al PCP de su hijo. 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 la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos* (HIPAA, en inglés) o llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para pedir una copia. También puede obtener una copia en <https://www.bcbstx.com/medicaid/pdf/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 cuando ocurran estos cambios al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor de esas modificaciones.

Información disponible para los asegurados

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

- Información sobre los profesionales de la red; por lo menos los médicos de atención 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.
- 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 médicos, entre ellos, los requisitos de autorización.
- 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 prestador de atención médica primaria para recibir atención 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 especialistas y a otros servicios que el prestador de atención médica primaria no presta.
- Las pautas de práctica de BCBSTX.

Verificación electrónica de consultas (EVV)

La verificación electrónica de consultas (EVV, en inglés) se requiere para ciertos servicios financiados por Medicaid y es controlada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos y las organizaciones de atención médica administrada (MCO, en inglés). La EVV es un sistema informático que documenta y comprueba electrónicamente la información sobre la prestación de un servicio. Por ejemplo, en el caso de consultas para recibir ciertos servicios de Medicaid, documenta y comprueba la fecha, la hora de inicio y fin de la consulta, el tipo de servicio y el lugar donde se brindó. El estado exige la utilización de este sistema, definido en la Ley Cures. La Ley Cures rige los servicios de atención personal y los servicios de atención médica en el hogar. La EVV nos informa cuándo usted recibió servicios, y mantiene un registro electrónico de cuándo comenzó y terminó el servicio. El objetivo de la EVV es comprobar que los asegurados estén recibiendo los servicios que se les han aprobado y que se facturan a BCBSTX. La EVV se implementó para remplazar las planillas de horarios en papel que completaban los asistentes.

¿Tendré que pagar cargos por llamadas a larga distancia si mi asistente de servicio o empleado de servicios dirigidos por el consumidor (CDS, en inglés) usa mi teléfono fijo?

El número de teléfono al que su asistente de servicio o empleado de los CDS llamará para registrar los horarios de entrada y salida es gratuito. No tendrá que pagar ningún cargo a su proveedor de servicio telefónico si el asistente de servicio o el empleado de CDS llama al sistema EVV del proveedor o al operador del sistema propietario (PSO, en inglés).

¿Qué sucede si no tengo teléfono fijo en mi casa o si no quiero que el asistente de servicio o empleado de CDS use mi teléfono?

Si no tiene teléfono fijo en su casa o si no quiere que el asistente de servicio o el empleado de CDS use su teléfono fijo, la agencia proveedora puede pedir un dispositivo alternativo (AD, en inglés). Se instalará el AD en su casa para que el asistente pueda registrar sus horarios de entrada y salida. Hasta que se instale el AD en su casa, el asistente debe comunicarse con la agencia proveedora o la agencia de servicios de administración financiera (FMSA, en inglés) para saber cómo debe registrar su tiempo. La agencia proveedora o la FMSA podría necesitar comunicarse con usted para verificar que el asistente de servicio prestó los servicios hasta que se instale el AD en su casa.

¿Mi asistente de servicio o empleado de CDS debe usar la verificación electrónica de consultas?

Sí. Los asistentes de servicio o los empleados de CDS deben usar el sistema de verificación electrónica de consultas (EVV, en inglés) para registrar sus horarios de entrada y salida. La EVV mantiene un registro electrónico de cuándo comenzó y terminó el servicio. Esto le permite a la agencia proveedora o a la FMSA ver los registros de los servicios en tiempo real para asegurarse de que usted está obteniendo todos los servicios que han sido aprobados para usted.

¿Cómo funciona la verificación electrónica de consultas?

El asistente de servicio o empleado de CDS tiene tres opciones aprobadas para registrar sus horarios de entrada y salida en el sistema de EVV.

- Teléfono fijo:
 - El asistente de servicio o empleado de CDS puede usar el teléfono fijo de su casa si usted se lo permite.
 - El asistente de servicio o el empleado de CDS se comunicará al número para llamadas gratuitas del proveedor de EVV o al operador del sistema propietario de EVV para registrar el horario en que comenzó y terminó el servicio.
- Dispositivo alternativo:
 - La agencia proveedora o la FMSA puede solicitar un dispositivo alternativo que se instalará en su casa para que su asistente de servicio o empleado de CDS pueda registrar el horario en que comenzó y terminó el servicio. Este dispositivo debe permanecer en su casa en todo momento.

- Aplicación móvil con GPS (teléfono inteligente o tableta):
 - Otra opción es la aplicación móvil de GPS. El asistente de servicio o el empleado de CDS puede usar un teléfono celular personal y descargar la aplicación móvil de GPS para registrar en el sistema de EVV el horario en que comenzó y terminó el servicio. Si corresponde, su proveedor de EVV o el PSO de EVV proporcionará una aplicación descargable para usar en un teléfono inteligente o dispositivo con acceso a Internet. El asistente de servicio o empleado de CDS puede usar el método móvil para registrar el horario en que comenzó y terminó el servicio en el hogar o la comunidad. La agencia proveedora puede ayudar al asistente a configurar esta aplicación para usarla. Usted no está obligado a tener un teléfono fijo o un dispositivo alternativo si su asistente usa la aplicación móvil de GPS para registrar los horarios.

¿Dónde puedo obtener una copia del formulario de la verificación electrónica de consultas?

Puede descargar una copia del formulario de la verificación electrónica de consultas en espanol.bcbstx.com/medicaid.

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

En Blue Cross and Blue Shield of Texas debemos proporcionarle un *Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos* (HIPAA, en inglés), así como también 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 inscribirse para recibir estos avisos por correo electrónico a través del portal Blue Access for Members en espanol.bcbstx.com/medicaid. El enlace del portal se encuentra en la parte inferior de la página de inicio, en la sección “Recursos para asegurados” (*Member Tools and Resources*). 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 los expedientes médicos y de reclamaciones de su hijo 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 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 proporcionaremos 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 figura 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 **1-888-388-6332**, ingrese en **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints** (disponible solo en inglés) o envíeles una carta a la siguiente dirección:
Civil Rights Office
Health and Human Services Commission
701 W. 51st Street
MC W206
Austin, Texas 78751.
- 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 con 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.
- Podemos compartir su información con examinadores médicos, médicos forenses o encargados de funerarias.

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, consumo 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 Blue Cross and Blue Shield of Texas se recopila 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.

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 al número para llamadas sin cargo en su tarjeta de asegurado.

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 Escriba a nuestra Oficina de Privacidad:

Divisional Vice President
Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 804836
Chicago, IL 60680-4110

PARTE 16

Sus derechos y obligaciones de atención médica

Derechos y obligaciones de los asegurados

¿Cuáles son mis derechos y obligaciones?

Derechos de los asegurados

1. Tiene el derecho de ser respetado, que se conserven su dignidad, privacidad y confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye los derechos siguientes:
 - 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 de elegir una cobertura médica y un prestador de atención médica primaria. Este será el médico o profesional con quien se atenderá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Tiene el derecho de cambiar de médico o profesional de 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. Elegir libremente cualquier cobertura médica disponible según su zona geográfica y seleccionar un profesional médico de dicha 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 profesional médico.
5. BCBSTX ofrece servicios y ámbitos sustitutivos, y usted tiene derecho a lo siguiente:
 - a. Recibir información sobre los servicios y ámbitos sustitutivos que puede obtener y cómo solicitarlos.
 - b. Ser informado en caso de que se le rechacen o limiten los servicios y ámbitos sustitutivos.
 - c. Decidir no recibir servicios y ámbitos sustitutivos en lugar de otros servicios incluidos en la cobertura.

6. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. 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
 - f. 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 telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir toda atención médica inmediata o de emergencia que necesite
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier prestador de servicios médicos. 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 estipulaciones de la cobertura médica, incluso cuáles son los servicios de atención médica 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 derecho a 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 derecho a 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 el derecho a hacer recomendaciones en lo que respecta a la política de derechos y obligaciones del asegurado.
 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 ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
 15. Tiene derecho a participar junto con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.
 16. Tiene derecho a expresar sus quejas o presentar apelaciones sobre la organización o la atención que brinda.
 17. Tiene derecho a estar libre de toda forma de restricción o reclusión como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
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. Elegir una cobertura médica y un prestador de atención médica primaria sin demora.
 - c. Realizar cualquier cambio de cobertura médica y de prestador de atención médica primaria según lo indiquen Medicaid y la aseguradora.
 - 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.
* Es decir, asegurarse de que el PCP esté informado sobre la atención que su hijo reciba de un especialista. No se requiere un referido.
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.

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 Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Informarse sobre las otras coberturas médicas disponibles en su área.
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. Cumplir con la responsabilidad de proporcionar información (en la medida de lo posible) que la organización y sus profesionales y prestadores de servicios médicos necesitan para brindarle atención
 6. Usted debe cumplir con los planes e instrucciones para el cuidado que se hayan acordado con los prestadores de servicios médicos.
 7. Tiene la obligación de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos de tratamiento acordados de manera mutua en la medida de lo posible.
 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 usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 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).

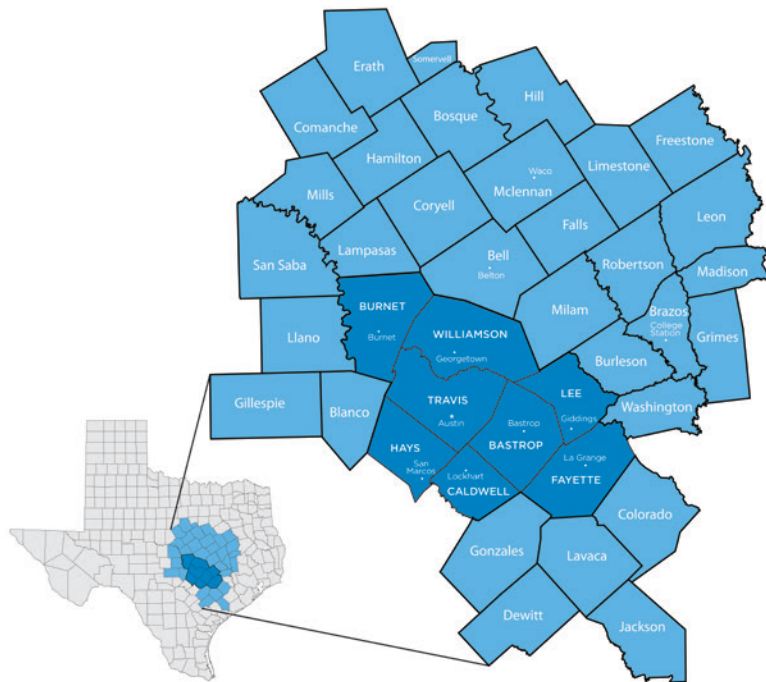
Obligaciones adicionales del asegurado cuando utiliza los servicios NEMT

1. Cuando solicite los servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT, en inglés), 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.

PARTE 17

Área de servicio de BCBSTX

Usted podría ser elegible para solicitar la cobertura médica del programa STAR Kids de BCBSTX si vive en uno de los siguientes condados:



BCBSTX Service Areas

TRAVIS

BASTROP COUNTY	HAYS COUNTY
BURNETT COUNTY	LEE COUNTY
CALDWELL COUNTY	TRAVIS COUNTY
FAYETTE COUNTY	WILLIAMSON COUNTY

MRSA CENTRAL TEXAS

BELL COUNTY	HILL COUNTY
BLANCO COUNTY	JACKSON COUNTY
BOSQUE COUNTY	LAMPASAS COUNTY
BRAZOS COUNTY	LAVACA COUNTY
BURLESON COUNTY	LEON COUNTY
COLORADO COUNTY	LIMESTONE COUNTY
COMANCHE COUNTY	LLANO COUNTY
CORYELL COUNTY	MADISON COUNTY
DEWITT COUNTY	MCLENNAN COUNTY
ERATH COUNTY	MILAM COUNTY
FALLS COUNTY	MILLS COUNTY
FREESTONE COUNTY	ROBERTSON COUNTY
GILLESPIE COUNTY	SAN SABA COUNTY
GONZALES COUNTY	SOMERVELL COUNTY
GRIMES COUNTY	WASHINGTON COUNTY
HAMILTON COUNTY	

PARTE 18

Definiciones

A continuación, se explican algunos de los términos utilizados 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 los servicios 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 médica**.

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.

Coordinador de servicios médicos (*Care coordinator*) es la persona que más colabora con usted, su cobertura médica y los profesionales que le brindan atención médica para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

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.

Equipo médico duradero (*Durable medical equipment*)

se refiere a equipos indicados por un prestador de servicios médicos para todos los días o por un tiempo prolongado. La cobertura de equipo médico duradero (DME, en inglés) 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 disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo;
- provocar desfiguración grave;
- en el caso de una persona 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*) se refiere a servicios de ambulancia por aire o por tierra para un problema médico de emergencia.

Atención en la sala de emergencias (*Emergency room care*) se refiere a los servicios de emergencia que usted recibe 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.

Trabajador de campo (*Farm worker*) es un trabajador a quien, generalmente, se lo define como una persona migrante 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.

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 correspondientes a los servicios incluidos en su cobertura médica a cambio de una prima.

Aseguradora (*Health plan*) es un grupo que ofrece seguros médicos de atención 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*) se refiere a 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.

Apoyo y servicios a largo plazo (*Long-term services and supports*) se refiere a beneficios incluidos en la cobertura que se brindan a las personas que tienen enfermedades crónicas y mentales, y discapacidades. Estos servicios se prestan a domicilio, en centros de enfermería y centros de atención intermedia.

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.

Prestador de servicios médicos o profesional médico de Medicaid (*Medicaid provider*) es un prestador de servicios médicos que está certificado por la Comisión de Salud y Servicios Humanos para prestar servicios a los clientes de Medicaid y que se considera que está inscrito en la Comisión de Salud y Servicios Humanos como profesional pagadero de Medicaid.

Red (*Network*) está conformada por los centros, prestadores de atención médica y proveedores que tienen contrato con su compañía aseguradora para proporcionar servicios de atención médica.

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 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.

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 autorización previa, aprobación previa o precertificación, debe obtenerla antes de recibir el servicio solicitado. La preautorización 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.

Médico de atención primaria (*Primary care physician*) es un médico (doctor en medicina o doctor en medicina osteopática) que proporciona o coordina de manera directa una serie de servicios de atención médica para el paciente.

Prestador de atención médica primaria (*Primary care provider*) es un médico (doctor en medicina, o doctor en medicina osteopática), un practicante de enfermería, un enfermero especializado o un asistente médico que, según lo permitido por la ley estatal, proporciona o coordina una serie de servicios de atención médica para el paciente, o lo ayuda a obtener acceso a estos.

Autorización previa (*Prior authorization*)

es cuando BCBSTX y su prestador de servicios médicos aceptan con anticipación que el servicio o la atención que usted solicitó son médicamente necesarios.

En este manual, usamos el término “aprobación” para referirnos a la autorización previa. Este proceso también se utiliza para obtener la información que se necesita cargar en nuestro sistema para el pago de reclamaciones de profesionales que no participan en la red.

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 audiología:** 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 anestesiólogo titulado:** enfermero titulado con certificación para administrar 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:** médico que trata problemas médicos generales.
- **Médico general:** médico que trata problemas médicos generales.
- **Auxiliar de enfermería con licencia:** es un enfermero certificado que trabaja con su doctor.

- **Consejero profesional autorizado:** 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:** 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:** médico que se ocupa de los problemas médicos obstétricos y ginecológicos (incluye la atención durante el embarazo y el parto).
 - **Terapeuta ocupacional:** profesional de la salud que lo ayuda a recuperar las habilidades y las actividades de la vida cotidiana después de una enfermedad o lesión.
 - **Oftalmólogo:** profesional médico que se encarga del tratamiento de las enfermedades de los ojos.
 - **Optometrista:** médico que realiza exámenes de la vista de rutina.
 - **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:** profesional de la salud que lo ayuda a recuperar su fuerza física después de una enfermedad o una lesión.
 - **Podiatra (podólogo) o quiropodista:** 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:** profesional de la salud que ayuda con la respiración.
 - **Patólogo del habla:** profesional médico que 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.
- Coordinación de servicios (*Service coordination*)** sirve para organizar los servicios de atención médica aguda y a largo plazo para su hijo, si es elegible. Estos servicios incluyen servicios de enfermería privada y servicios de atención personal.

Atención de enfermería especializada (*Skilled nursing care*) se refiere a servicios brindados por enfermeros profesionales en el hogar o en un centro de enfermería.

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.

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.
- Durante un chequeo, el médico revisará a su bebé de pies a cabeza para verificar si tiene algún problema de salud. El médico puede realizar pruebas para verificar si hay otros problemas.
- 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.

De 1 a 4 años

- Los niños necesitan chequeos médicos a los 12, 15 y 18 meses de vida, y a los 2, 2 y medio, 3 y 4 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.

