

Septiembre de 2024

Manual del miembro

STAR+PLUS

Miembros de Medicaid

Áreas de servicio de Jefferson, Lubbock,
Rural Oeste de Medicaid y Nueces



833-731-2160 (TTY 711)
wellpoint.com/tx/medicaid

1025649TXMSPWLP 01/24





TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS
STAR+PLUS
Su Plan de Salud ★ Su Opción

Wellpoint
Manual del miembro
de STAR+PLUS

Áreas de servicio de Jefferson, Lubbock,
Rural Oeste de Medicaid y Nueces

Miembros de Medicaid

833-731-2160 (TTY 711)

[wellpoint.com/tx/medicaid](https://www.wellpoint.com/tx/medicaid)

Septiembre de 2024



Bienvenido a Wellpoint. Nos complace que usted sea nuestro miembro.

Estas son algunas cosas que debe hacer para comenzar:

Busque su tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint en el correo. Conserve la tarjeta con usted. La usará para recibir todos sus servicios, como visitas al médico, recetas y más. Si tiene seguro privado, también tendrá otra tarjeta del plan médico para mostrarla cuando visite a un proveedor.

Si no recibe su tarjeta de identificación del miembro antes de su primer día como nuevo miembro, llámenos al **833-731-2160 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

Manténgase conectado con su salud. Descargue hoy la aplicación móvil gratuita Sydney Health para acceder a su tarjeta de identificación, buscar un médico y más.

Regístrese en nuestro sitio web seguro. Visite **wellpoint.com/tx/medicaid** y regístrese para tener acceso seguro. Al crear una cuenta, obtendrá herramientas útiles a su alcance:

- Elegir o cambiar su proveedor de atención primaria
- Actualizar su dirección o número de teléfono
- Enviarnos un mensaje seguro
- Solicitar que lo volvamos a llamar
- Y más

¿Quiere cambiar de proveedor de atención primaria? Elija de un extenso grupo de médicos que trabajan con nuestro plan. Para cambiar su proveedor de atención primaria en línea:

- Vaya a **wellpoint.com/tx/medicaid**.
- Use nuestra herramienta **Encontrar cuidado médico (Find Care)** para buscar proveedores del plan que le queden cerca a su casa, hablen su idioma y puedan satisfacer sus necesidades.
- Inicie sesión en su cuenta.
- Seleccione **Su cuenta (Your Account)**.
- Seleccione **Cambiar su proveedor de atención primaria (Change Your Primary Care Provider)**.

También puede encontrar médicos en nuestro plan usando el directorio de proveedores de STAR+PLUS para su ubicación en la página **Buscar proveedores** (Search providers) en **wellpoint.com/tx/medicaid**. Para recibir una copia impresa sin costo del directorio de proveedores o si necesita ayuda para cambiar su proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Usted debe hacerse chequeos regulares con su médico a cualquier edad.

Más información sobre chequeos y visitas de bienestar en las secciones **¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?** y **¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?** de este manual del miembro.

Estamos a su disposición cuando nos necesite. Si tiene preguntas sobre los beneficios o el cuidado médico, puede llamar a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. hora del Centro. Puede llamar al mismo número de nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas para hablar con un enfermero a cualquier hora, durante el día o la noche.



Consejos para lograr una buena salud Debe acudir a su médico ahora.

¿Cuándo es momento de una visita de bienestar?

Todos los miembros de Wellpoint deben tener visitas de bienestar regulares. De esta forma, su proveedor de atención primaria puede ver si hay un problema antes de que sea algo malo. Cuando usted se convierte en miembro de Wellpoint, llame a su proveedor de atención primaria y haga su primera cita en un plazo de 90 días.

El programa Pasos Sanos de Texas para adultos jóvenes de 18 a 20 años

Los chequeos médicos para niños y adultos jóvenes que tienen Medicaid se llaman Pasos Sanos de Texas. Si usted tiene de 18 a 20 años, debe hacerse un chequeo de Pasos Sanos de Texas cada año. Cuando se convierte en miembro de Wellpoint, podemos recordarle que vaya a hacerse un chequeo médico.

Asegúrese de hacer una cita e ir a su médico cuando esté programado. Estos chequeos ayudan a evitar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar. Si su médico encuentra un problema de salud durante un chequeo, usted puede recibir más atención de su médico y ver a especialistas, de ser necesario. También puede obtener otros servicios tales como exámenes de la vista y anteojos, pruebas auditivas y audífonos o cuidado dental.

CUIDADO. NO PIERDA SUS BENEFICIOS DE CUIDADO MÉDICO, RECERTIFIQUE SU ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS DE MEDICAID A TIEMPO.



WELLPOINT
PROGRAMA STAR+PLUS PARA MIEMBROS DE MEDICAID
MANUAL DEL MIEMBRO

2505 N. Highway 360
Suite 300
Grand Prairie, TX 75050

833-731-2160 (TTY 711)
wellpoint.com/tx/medicaid

Bienvenido a Wellpoint.

Este manual del miembro le indicará cómo podemos ayudarlo a obtener la atención que necesita.

Tabla de contenido

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN MÉDICO	1
Su manual del miembro de Wellpoint.....	1
NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	1
Línea gratuita de Servicios para Miembros de Wellpoint.....	1
Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Wellpoint	2
Línea para Servicios de salud conductual y trastorno por el uso de sustancias	2
Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de ¿Dónde está mi transporte? (Where's My Ride?).....	2
Otros números de teléfono importantes.....	3
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE WELLPOINT	3
¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Wellpoint? ¿Cómo la uso?	3
¿Cómo leo mi tarjeta de identificación de Wellpoint?	4
¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Wellpoint en caso de pérdida o robo?	4
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid	4
¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?	6
PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA	7
¿Qué es un proveedor de atención primaria?	7
¿puede un especialista ser considerado alguna vez como proveedor de atención primaria?	7
¿Qué debo llevar conmigo a mi cita con el médico?	7
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?	8
¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria?	8
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?.....	8
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi proveedor de atención primaria?	8
¿Hay algún motivo por el que mi solicitud de cambiar un proveedor de atención primaria pueda ser denegada?	8

¿Puede mi proveedor de atención primaria cambiarme a otro proveedor de atención primaria por falta de cumplimiento?.....	8
¿Qué pasa si elijo ir a otro médico que no sea mi proveedor de atención primaria?.....	8
¿Cómo recibo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria esté cerrado?	9
¿Qué es el programa lock-in de medicaid?	9
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	9
CÓMO CAMBIAR DE PLAN MÉDICO	10
¿Qué hago si quiero cambiar de plan médico?	10
¿A quién llamo?	10
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan médico?.....	10
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan médico?	10
¿Puede Wellpoint pedir que sea retirado de su plan médico por falta de cumplimiento?.....	10
MIS BENEFICIOS.....	11
¿Cuáles son mis beneficios de cuidado médico?	11
¿Para cuáles servicios soy elegible como miembro del programa sobre el Cáncer de mama y de cuello uterino de Medicaid (MBCC)?	11
¿Cómo obtengo estos servicios?	11
¿Qué pasa si Wellpoint no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?	11
¿Cuánto tengo que pagar para mi cuidado médico?	12
¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?.....	12
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?	13
¿Existe algún límite para algunos servicios cubiertos?.....	13
¿Qué es una aprobación previa?.....	14
¿Qué servicios no están cubiertos por Wellpoint?	14
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	15
¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo?.....	15
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?	17
¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy en un centro de enfermería?.....	17
¿Qué es la coordinación de servicios?.....	18
¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?	18
¿Cómo sé quién es mi coordinador de servicios?.....	19
¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?	19
Su plan de servicios de Wellpoint	19
¿Cómo cambio mi plan de servicio de Wellpoint?.....	19
¿Qué es la verificación electrónica de visitas?	20
¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Wellpoint?	20
¿Cómo obtengo estos beneficios adicionales?.....	26
¿Qué clases de educación sobre salud ofrece Wellpoint?.....	26
Cuidado para condiciones	27
¿Qué es la Administración de casos complejos? ¿Cómo obtengo estos servicios?	29
¿Qué es un miembro con necesidades de cuidado médico especial?	30
¿qué otros servicios puede wellpoint ayudarme a recibir?.....	30

MI CUIDADO MÉDICO Y OTROS SERVICIOS	31
¿Qué significa médicamente necesario?	31
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?	32
¿Qué es atención médica de rutina?	32
¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?	32
¿Qué es la atención médica urgente?	32
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?	32
¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?	33
¿Qué es atención médica de emergencia?	33
¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?	33
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan médico?	33
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?	34
¿Que es la posestabilización?	34
¿Cuán pronto puedo ver a mi médico?	34
¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de atención primaria esté cerrado?	35
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	35
¿Qué pasa si estoy fuera del estado?	36
¿Qué hago si estoy fuera del país?	36
¿Qué pasa si necesito ver a un médico especial (especialista)?	36
¿Qué es una remisión?	36
¿Qué servicios no necesitan una remisión?	36
¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?	36
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	36
¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), de alcohol o drogas?	37
¿Necesito una remisión para esto?	37
¿Qué son servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos dirigidos de salud mental?	37
¿Cómo obtengo estos servicios?	38
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	38
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	38
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está dentro de la red?	38
¿Qué debo llevar a la farmacia?	38
¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?	38
¿A quién debo llamar si tengo problemas para recibir mis medicamentos?	39
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?	39
¿Qué pasa si pierdo mi(s) medicamento(s)?	39
¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?	39
¿Cómo transfiero mis recetas a una farmacia de la red?	39
¿Tendré un copago?	39
¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?	39
¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería?	40
¿Qué pasa si pagué un medicamento de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?	40
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?	40
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	40

¿Necesito una remisión para esto?.....	40
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	40
¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?	40
Administración de casos para mujeres embarazadas y niños	40
¿Cómo puede obtener un administrador de casos?	41
¿Qué es Pasos Sanos de Texas? ¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?	41
¿Cómo y cuándo recibo chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas?.....	42
¿Tiene que ser mi médico parte de la red de Wellpoint?	42
¿Necesito tener una remisión?	42
¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?	42
¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad en la fecha de la visita de Pasos Sanos de Texas?	42
OBPrograma de visitas de bienestar para miembros adultos	43
¿Qué debo hacer si pierdo mi visita de bienestar o el chequeo de Pasos Sanos de Texas?	43
Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT).....	43
¿Qué son los servicios de NEMT?	43
¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT?.....	44
Cómo obtener transporte	44
¿Qué pasa si no puedo ser transportado por taxi, camioneta u otros vehículos estándares para ir a citas de cuidado médico?	44
¿Cómo recibo servicios de cuidado de los ojos?.....	45
¿Qué servicios dentales cubre wellpoint para los niños?	45
¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi médico? ¿A quién debo llamar para un intérprete?	45
¿Con cuánta anticipación debo llamar?.....	45
¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?.....	46
¿Qué pasa si necesito atención de un ginecólogo obstetra? ¿Tengo derecho a escoger un ginecólogo obstetra?	46
¿Cómo escojo a un ginecólogo obstetra?.....	46
Si no escojo un ginecólogo obstetra, ¿tengo acceso directo?	46
¿Necesitaré una remisión?	46
¿Cuán pronto puedo ser atendida después de contactar a mi ginecólogo obstetra para una cita?	46
¿Puedo seguir con mi ginecólogo obstetra si él o ella no está con Wellpoint?.....	46
¿Qué pasa si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?.....	47
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Wellpoint a mujeres embarazadas?	47
My Advocate®.....	47
Ayudar a que usted y su bebé se mantengan sanos.....	48
Programas de NICU.....	48
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?	48
¿Puedo escoger un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?	49
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de atención primaria de mi bebé?.....	49
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?	49
¿Cómo y cuándo le informo a Wellpoint?	49
¿Cómo y cuándo le informo a mi trabajador social?.....	49
Cuando tenga a un nuevo bebé.....	49
¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no reciba cobertura de Medicaid)?	50

Programa de Salud para la Mujer de Texas.....	50
Programa Atención Primaria de Salud del DSHS.....	50
Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS.....	51
Programa de Planificación Familiar del DSHS.....	51
¿A quién debo llamar si tengo necesidades de cuidado médico especial y necesito a alguien que me ayude?	51
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi cuidado médico?	52
¿Qué son directivas anticipadas?	52
¿Cómo consigo una directiva anticipada?	52
Recertifique sus beneficios de medicaid a tiempo	52
¿Qué tengo que hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación? ..	52
¿Qué hago si pierdo la cobertura de medicaid?.....	53
¿Qué pasa si recibo una factura de un médico? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitarán?	53
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	53
¿Qué pasa si tengo otro seguro médico además de medicaid?	54
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	54
CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO.....	57
PROCESO DE QUEJAS	57
¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién llamo?.....	57
¿Puede alguien de Wellpoint ayudarme a presentar una queja?	57
¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?	57
¿Cuáles son los requisitos y plazos de tiempo para presentar una queja?	57
¿Cómo presento una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos una vez que haya agotado el proceso de quejas de Wellpoint?	58
¿Tengo el derecho de reunirme con un panel de apelación de quejas?	58
PROCESO DE APELACIONES	59
¿Qué puedo hacer si mi médico pide un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero wellpoint lo deniega o limita?	59
¿Cómo sabré si los servicios son denegados?	59
¿Cuáles son los plazos de tiempo para el proceso de apelación?	59
¿Cómo puedo continuar recibiendo servicios que ya estaban aprobados?	60
¿Puede alguien de wellpoint ayudarme a presentar una apelación?	60
¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?.....	60
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?	60
APELACIONES DE EMERGENCIA.....	61
¿Qué es una apelación de emergencia?.....	61
¿Cómo pido una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?.....	61
¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?.....	61
¿Qué pasa si Wellpoint deniega la solicitud de una apelación de emergencia?.....	61
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	61
¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal?	61

INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA.....	62
¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?	62
¿CÓMO INFORMO UN SUPUESTO ABUSO, MALTRATO, DESCUIDO O EXPLOTACIÓN?	64
¿Qué es abuso, maltrato, descuido y explotación?	64
INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO	65
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	65
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	66
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?	66
¿Qué son guías de práctica clínica?	66
INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE UNA VEZ AL AÑO.....	66
GUÍA DEL MIEMBRO PARA LOS TÉRMINOS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA	68

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN MÉDICO

Bienvenido. Como miembro del programa STAR+PLUS de Wellpoint, usted y su proveedor de atención primaria trabajarán juntos para ayudarlo a que llegue a estar y se mantenga saludable. Los miembros de Wellpoint en el Área de Servicio Rural de Medicaid y el programa STAR Kids son atendidos por Wellpoint Insurance Company. Todos los demás miembros de Wellpoint en Texas son atendidos por Wellpoint Texas, Inc. Para averiguar qué médicos y hospitales están en su área, visite wellpoint.com/tx/medicaid o contacte a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Su manual del miembro de Wellpoint

Este manual lo ayudará a entender su plan médico de Wellpoint. Si tiene preguntas o necesita ayuda para entender o leer su manual del miembro, llame a Servicios para Miembros. Puede solicitar este manual en letra grande, audio, Braille, u otro idioma.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Línea gratuita de Servicios para Miembros de Wellpoint

Si tiene alguna pregunta sobre su plan médico de Wellpoint, puede llamar a la línea gratuita de nuestro departamento de Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**. Puede llamarnos de lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. hora del Centro, excepto en días feriados estatales aprobados. Si llama después de las 5 p.m. o en un fin de semana o día feriado, puede dejar un mensaje en el correo de voz. Un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada al siguiente día hábil.

Estas son algunas cosas con las que Servicios para Miembros puede ayudarle:

- Este manual del miembro
- Tarjetas de identificación del miembro
- Qué debe hacer si piensa que necesita servicios y apoyos a largo plazo
- Coordinación de servicios y acceso a servicios
- Sus médicos
- Citas con el médico, incluyendo llamadas de conferencia con usted y el consultorio de su médico
- Transporte
- Beneficios de cuidado médico
- Lo que debe hacer en una emergencia o crisis
- Atención de bienestar
- Tipos especiales de cuidado médico
- Vida saludable
- Quejas y apelaciones médicas
- Derechos y responsabilidades

Para miembros que no hablan inglés, podemos ayudarlos en diversos idiomas y dialectos, incluyendo el español. También puede obtener los servicios de un intérprete para las visitas al médico sin costo para usted. Infórmenos si necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita. Llame a Servicios para Miembros para saber más.

Para miembros que son sordos o tienen problemas auditivos, llame al 711. Si necesita a alguien que conozca el lenguaje de señas para ayudarlo en sus visitas al médico, haremos arreglos y pagaremos a un intérprete de lenguaje de señas. Infórmenos si necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita.

Si pide un intérprete menos de 24 horas antes de su cita, aún haremos nuestro mejor esfuerzo para tener un intérprete a su disposición.

Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si necesita consejos, llame a su proveedor de atención primaria o a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los siete días de la semana al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Para atención de urgencia (vea la sección **¿Qué es la atención médica urgente?** de este manual), usted debe llamar a su proveedor de atención primaria incluso en las noches y fines de semana. Su proveedor de atención primaria le dirá lo que debe hacer. Llámenos para encontrar una clínica de atención de urgencia cerca de usted. O llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los siete días de la semana al **833-731-2160 (TTY 711)**, para recibir consejos en cualquier momento, de día o de noche.

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Wellpoint

Puede llamar a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llame a la línea gratuita **al 833-731-2160 (TTY 711)** si necesita consejos sobre:

- Cuán pronto necesita cuidado para una enfermedad.
- Qué tipo de cuidado médico necesita.
- Cómo cuidarse antes de ver al médico.
- Cómo puede recibir el cuidado que necesita.

Queremos que reciba el mejor cuidado posible. Llámenos si tiene algún problema con sus servicios. Deseamos ayudarle a corregir cualquier problema que pueda tener con su cuidado.

Línea para Servicios de salud conductual y trastorno por el uso de sustancias

La línea para Servicios de salud conductual y trastorno por el uso de sustancias está a disposición de los miembros las 24 horas del día los siete días de la semana al **833-731-2160 (TTY 711)**. La llamada es gratuita y puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, están disponibles servicios de intérpretes. Puede llamar a la línea para Servicios de salud conductual y trastorno por el uso de sustancias con el fin de recibir ayuda para conseguir servicios. **Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.**

Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de ¿Dónde está mi transporte? (Where's My Ride?)

Llame a nuestro número gratuito de la línea de Servicios de NEMT si no tiene transporte para los servicios cubiertos de cuidado médico. Estos servicios incluyen traslados al médico, dentista, farmacia, hospital y otros lugares donde usted recibe servicios de Medicaid. Los servicios de NEMT no incluyen viajes en ambulancia.

Wellpoint utilizará nuestro proveedor de transporte, Access2Care, para arreglar todos los viajes. Para programar un viaje, llame al **844-867-2837**.

Puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, excepto en días feriados estatales aprobados. Si usted no habla inglés, podemos ayudarle en muchos otros idiomas,

incluyendo el español. Para miembros sordos o con problemas de audición, llame al **711**.

Debe solicitar los servicios de NEMT lo más pronto posible. Llame al menos dos días hábiles antes de que necesite el servicio de NEMT. Para un viaje de larga distancia fuera de su área de servicio, debe solicitar el servicio de NEMT al menos cinco días hábiles antes de que lo necesite. Consulte la sección **Cómo obtener transporte** a continuación para ver un listado de situaciones en las que puede recibir transporte con menos de 48 horas de anticipación.

Cuando esté esperando transporte de nuestra parte, ya sea para ir o regresar en un viaje programado, puede llamar a la línea de Servicios de NEMT. Escoja la opción “**¿Dónde está mi transporte? (Where’s My Ride?)**” para averiguar el estado de su transporte. Puede llamar entre las 5 a.m. a 7 p.m. hora local de lunes a sábado o a cualquier hora en que esté esperando un transporte programado.

Otros números de teléfono importantes

Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

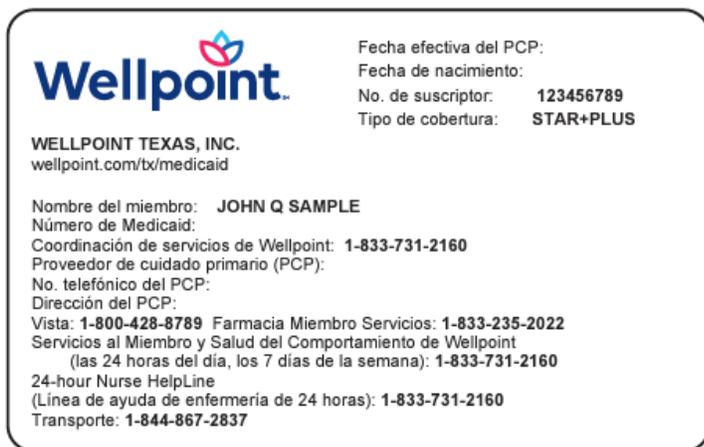
Línea de ayuda del programa STAR+PLUS	877-782-6440
Equipo de asistencia de atención administrada del defensor	866-566-8989
Línea directa de Medicaid	800-252-8263
Programa Pasos Sanos de Texas	877-847-8377
Cuidado de los ojos a través de Superior Vision of Texas	800-428-8789
Servicios de Farmacia para Miembros	833-235-2022
Cuidado dental para miembros hasta 20 años de edad a través de:	
DentaQuest	800-516-0165
MCNA Dental	800-494-6262
UnitedHealthcare Dental	877-901-7321
Línea de notificación al cliente de Texas	800-414-3406

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE WELLPOINT

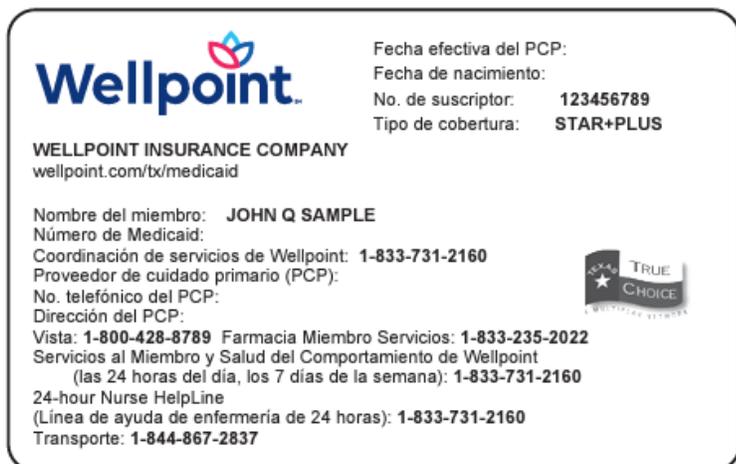
¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Wellpoint? ¿Cómo la uso?

Si aún no tiene su tarjeta de identificación de Wellpoint, la recibirá pronto. Llévela con usted en todo momento. Muéstresela a cualquier médico u hospital que visite. No tiene que mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención de emergencia. La tarjeta les informa a los médicos y hospitales que usted es miembro de Wellpoint y quién es su proveedor de atención primaria. También les dice que Wellpoint pagará los servicios médicamente necesarios listados en la sección **Mis beneficios (My Benefits)**.

También puede imprimir su tarjeta de identificación desde nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid**. Deberá registrarse e iniciar sesión en el sitio web para acceder a la información de su tarjeta de identificación.



Tarjeta de identificación de muestra para miembros de Wellpoint en el Área de servicio Rural de Medicaid:



¿Cómo leo mi tarjeta de identificación de Wellpoint?

Su tarjeta de identificación de Wellpoint tiene escritos el nombre y número de teléfono de su médico. Su tarjeta de identificación enumera muchos de los números de teléfono importantes que debe saber, como los de nuestro departamento de Servicios para Miembros y la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas. También enumera los números para la atención de la vista y Servicios de Farmacia para Miembros.

¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Wellpoint en caso de pérdida o robo?

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación, llámenos inmediatamente al **833-731-2160 (TTY 711)**. Le enviaremos una nueva. También puede imprimir su tarjeta de identificación desde nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid**. Deberá registrarse e iniciar sesión en el sitio web para acceder a la información de su tarjeta de identificación.

Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

Cuando alguien es aceptado en el programa Medicaid, recibe la tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta habitual de Medicaid. Debe llevarla consigo

En el reverso de la tarjeta aparecen la dirección web (YourTexasBenefits.com) y el número gratuito 800-252-8263, recursos que puede usar si tiene preguntas sobre su nueva tarjeta YTB de Medicaid.

Si no tiene su tarjeta consigo, el médico, el dentista o la farmacia pueden verificar por teléfono o en línea que usted es beneficiario de Medicaid.

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo siguiente (tanto para usted como para otra persona a cuya información médica o dental tenga acceso):

- Ver, imprimir o pedir una nueva tarjeta de YTB de Medicaid
- Ver sus planes de seguro médico y dental
- Ver los detalles de sus beneficios
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas
- Ver las alertas públicas
- Ver los diagnósticos y tratamientos
- Ver su historial de vacunas
- Ver los medicamentos recetados
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

Para acceder al portal, visite YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en **Entrar al sistema**.
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta**.
- Haga clic en **Maneje su cuenta o sus aplicaciones**.
- Vaya a la sección *“Enlaces rápidos”*.
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP**.
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponibles**.

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?

Si perdió o no tiene acceso a su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid y necesita una tarjeta de identificación temporal de Medicaid, deberá completar un formulario de verificación de identificación temporal (Formulario 1027-A). Puede obtener este formulario llamando a su oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Para encontrar su oficina local de la HHSC, llame al 2-1-1, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2. Muestre este formulario a su proveedor de la misma manera que presentaría la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Su proveedor aceptará este formulario como prueba de elegibilidad para Medicaid. También puede acceder en línea a

YourTexasBenefits.com e imprimir una tarjeta de identificación temporal después de iniciar sesión en su cuenta.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria es el médico principal que usted ve para la mayoría de su cuidado médico regular. Su proveedor de atención primaria debe estar en el plan de Wellpoint. Su proveedor de atención primaria le dará un hogar médico. Un hogar médico significa que él o ella se familiarizarán con usted y su historial de salud y lo ayudarán a recibir la mejor atención posible. Él o ella también lo enviarán a otros médicos, especialistas u hospitales cuando necesite atención o servicios especiales. Cuando se inscribió en Wellpoint, usted debió haber escogido un proveedor de atención primaria, en nuestro plan. Si no lo hizo, nosotros le asignamos uno. Escogimos uno que estuviese cerca de usted. El nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria están en su tarjeta de identificación de Wellpoint.

Si ha estado recibiendo atención de un médico que atiende niños y ahora necesita cambiar a un médico que proporciona atención para adultos, usted puede cambiar su proveedor de atención primaria. Podemos ayudarlo a elegir un médico para adultos y transferir sus expedientes médicos. Llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

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

Si necesita atención regular de un especialista, podemos aprobar que un especialista lo atienda como su proveedor de atención primaria. Un especialista puede atenderlo como proveedor de atención primaria si usted tiene una discapacidad, necesidades especiales de cuidado médico, o una enfermedad o condición crónica o mortal:

- Usted pueda necesitar ser hospitalizado muchas veces por su condición.
- Usted necesita obtener más de su atención de un especialista.
- Su proveedor de atención primaria no puede coordinar la atención que usted necesita.

Si vive en un centro de enfermería, también puede designar a un especialista como su proveedor de atención primaria.

El especialista debe:

- Satisfacer los requisitos normales de un proveedor de atención primaria.
- Proporcionar acceso a atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Coordinar toda su cuidado médico, incluyendo el cuidado preventivo.

¿Qué debo llevar conmigo a mi cita con el médico?

Cuando vaya a la cita con su médico, lleve:

- Su tarjeta de identificación de Wellpoint.
- Su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.
- Cualquier medicamento que esté tomando.

- Registros de vacunas.
- Cualquier pregunta que quiera hacerle a su médico.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

Llame a Servicios para Miembros si necesita cambiar su proveedor de atención primaria. Puede ir a wellpoint.com/tx/medicaid para encontrar uno nuevo. También puede cambiar su proveedor de atención primaria en línea cuando configure una cuenta segura.

¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria?

Sí, las Clínicas de salud rurales (RHC) y los Centros de salud calificados federalmente (FQHC) de nuestro plan pueden servir como su proveedor de atención primaria.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria. Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamándonos gratis al **833-731-2160** o escribiendo a Wellpoint a la oficina indicada en la parte frontal de este manual. Dirija su solicitud por escrito al defensor del miembro.

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

Podemos cambiar su médico el mismo día en que usted pide el cambio. El cambio entrará en vigencia inmediatamente. Llame al consultorio del médico si desea hacer una cita. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Servicios para Miembros. Le ayudaremos a hacer la cita.

¿Hay algún motivo por el que mi solicitud de cambiar un proveedor de atención primaria pueda ser denegada?

No podrá cambiar su médico si:

- El médico que ha escogido no puede tomar nuevos pacientes.
- El nuevo médico no está en nuestro plan.

¿Puede mi proveedor de atención primaria cambiarme a otro proveedor de atención primaria por falta de cumplimiento?

Su proveedor de atención primaria puede pedir que usted sea cambiado a otro, si:

- Usted no sigue sus indicaciones médicas, una y otra vez.
- Su médico está de acuerdo con que un cambio es lo mejor para usted.
- Su médico no tiene la experiencia adecuada para tratarlo.
- Usted fue asignado al médico por error (como un adulto asignado a un médico de niños).

¿Qué pasa si elijo ir a otro médico que no sea mi proveedor de atención primaria?

Hable primero con su proveedor de atención primaria acerca de cualquier atención que necesite de otros médicos. Este puede remitirlo a otros médicos en nuestro plan y ayudar a coordinar toda la atención que usted necesita.

¿Cómo recibo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria esté cerrado?

Si necesita conversar con su proveedor de atención primaria después de que ha cerrado el consultorio, llame al número de teléfono del proveedor de atención primaria que está en su tarjeta de identificación. Alguien debe devolverle la llamada dentro de 30 minutos para indicarle qué hacer. También puede llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas, las 24 horas del día, los siete días de la semana para recibir ayuda.

Si cree que necesita atención de emergencia, vea la sección sobre **¿Qué es atención médica de emergencia?** de este manual, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Lock-in. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid no cambian. Cambiar a una MCO diferente no cambiará su estado en el programa.

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

- escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.
- asegúrese de que su doctor de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que le envían, sean los únicos doctores que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.

Para más información, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

En algunos casos, se puede aprobar que usted reciba medicamentos de otra farmacia, tal como si:

- Se muda fuera del área geográfica (más de 15 millas desde la farmacia de bloqueo (lock-in)).
- La farmacia de bloqueo (lock-in) no tiene el medicamento recetado y el mismo no estará disponible durante más de 2 a 3 días.
- La farmacia de bloqueo (lock-in) está cerrada por el día y usted necesita el medicamento inmediatamente.

Debe llamar a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** si necesita aprobación para recibir un medicamento en una farmacia distinta a la farmacia de bloqueo (lock-in).

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Wellpoint no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los servicios médicamente necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de atención primaria (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al **833-731-2160 (TTY 711)** para más información.

CÓMO CAMBIAR DE PLAN MÉDICO

¿Qué hago si quiero cambiar de plan médico?

Puede cambiar su plan médico llamando a la Línea de Ayuda de STAR+PLUS de Texas al **877-782-6440**. Usted puede cambiar su plan médico siempre que quiera.

Si llama para cambiar de plan médico 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.

Si no está satisfecho con nosotros, llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con usted para intentar solucionar el problema. Si aún no está satisfecho, puede cambiarse a otro plan médico.

¿A quién llamo?

Puede cambiar su plan médico llamando a la Línea de ayuda del programa Texas STAR+PLUS al **877-782-6440**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan médico?

Usted puede cambiar su plan médico siempre que quiera.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan médico?

Si llama para cambiar de plan médico el o antes del día 15 del mes, el cambio se llevará a cabo el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá lugar el primer día del segundo mes después de ello. Por ejemplo:

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

¿Puede Wellpoint pedir que sea retirado de su plan médico por falta de cumplimiento?

Hay varios motivos por los que usted podría ser retirado de Wellpoint, incluyendo:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación de Wellpoint.
- Intenta lesionar a un proveedor, miembro del personal o asociado de Wellpoint.
- Roba o destruye propiedades de un proveedor o de Wellpoint.
- Va a la sala de emergencias una y otra vez cuando no tiene una emergencia.
- Va a médicos o centros médicos fuera del plan de Wellpoint una y otra vez
- Intenta lesionar a otros pacientes u ocasiona dificultades para que otros pacientes reciban el cuidado necesario.

Si ha hecho algo que pueda llevar a ser retirado de nuestro plan, lo contactaremos. Le pediremos que nos cuente lo que sucedió. Si tiene alguna pregunta acerca de su inscripción, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

MIS BENEFICIOS

¿Cuáles son mis beneficios de cuidado médico?

Recibe beneficios de Wellpoint para atención aguda tales como visitas al médico, hospitalizaciones, recetas y servicio de salud conductual. También puede recibir servicios y apoyos a largo plazo. Los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo lo ayudan a vivir en su hogar en lugar de en un centro de cuidado a largo plazo.

Los servicios y apoyos a largo plazo pueden incluir ayuda con las tareas domésticas ligeras, preparar las comidas, bañarse y vestirse. Para obtener más información sobre los servicios y apoyos a largo plazo específicos que puede obtener, vaya a la sección **¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo?** de este manual. Quizá no los necesite en este momento, pero puede obtenerlos si los necesita en el futuro. La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas proporciona sus servicios y apoyos a largo plazo si usted está en el programa para Centros de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF-IID) o en una Exención por Discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD).

El programa para ICF-IID es el programa de Medicaid para personas que tienen incapacidades intelectuales o condiciones relacionadas que reciben atención en centros de atención intermedia distintos a un centro de vida apoyado por el estado.

Exención por IDD significa:

- Programa de Exención por servicios de asistencia y apoyo de vida comunitaria (CLASS)
- Programa de Exención para personas sordas-ciegas con múltiples discapacidades (DBMD)
- Programa de Exención por servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS)
- Programa de Exención por vida en el hogar de Texas (TxHmL)

¿Para cuáles servicios soy elegible como miembro del programa sobre el Cáncer de mama y de cuello uterino de Medicaid (MBCC)?

Si está inscrita a través del programa sobre el Cáncer de mama y de cuello uterino de Medicaid, usted recibe todos sus beneficios de STAR+PLUS. No está limitada solo a servicios para el tratamiento del cáncer.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su proveedor de atención primaria le ayudará a obtener la atención aguda que necesite. Su coordinador de servicios le ayudará a obtener servicios y asistencia a largo plazo.

¿Qué pasa si Wellpoint no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?

Si no puede recibir un beneficio cubierto de parte de un proveedor de nuestro plan, dispondremos que obtenga los servicios de un proveedor fuera de nuestro plan. Le reembolsaremos al proveedor de acuerdo con las normas del estado. Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** para programar servicios con un proveedor fuera de nuestro plan. No tiene que llamarnos para obtener servicios fuera de nuestro plan cuando tiene una emergencia.

¿Cuánto tengo que pagar para mi cuidado médico?

No tiene que pagar por beneficios cubiertos para su cuidado médico. No tiene que pagar ninguna prima, cuotas de inscripción, deducibles, copagos o costos compartidos.

¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?

Su proveedor de atención primaria le dará la atención que necesita o lo remitirá a un médico. Algunos beneficios de Wellpoint son solamente para miembros que deben tener una determinada edad o cierto tipo de problema de salud. Si tiene alguna duda o no está seguro de si ofrecemos un beneficio determinado, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Los servicios cubiertos por STAR+PLUS incluyen, entre otros, servicios médicamente necesarios:

- Servicios de ambulancia de emergencia y que no sea de emergencia
- Servicios de audiología, incluyendo audífonos
- Servicios de salud conductual, incluyendo:
 - Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
 - Servicios ambulatorios de salud mental
 - Servicios de psiquiatría
 - Servicios de rehabilitación de salud mental
 - Servicios de consejería para adultos (de 21 años en adelante)
 - Servicios ambulatorios de tratamiento para trastorno por el uso de sustancias, incluyendo:
 - Evaluación
 - Desintoxicación
 - Consejería
 - Terapia asistida por medicamentos
 - Tratamiento residencial para el trastorno por el uso de sustancias (incluyendo servicios de desintoxicación)
- Servicios de parto provistos por un médico o enfermera-partera certificada en un centro de maternidad autorizado.
- Servicios de parto provistos por un centro de maternidad autorizado
- Prueba de detección, diagnóstico y tratamiento contra el cáncer
- Servicios de quiropráctica
- Diálisis
- Equipo médico duradero y suministros
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de centros de salud calificados federalmente y otros servicios ambulatorios cubiertos por centros de salud calificados federalmente
- Cuidado médico en el hogar
- Servicios de hospital, incluyendo para paciente hospitalizado y ambulatorio
- Servicios de laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:
 - Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios provistos en un hospital

ambulatorio o centro de cuidado médico ambulatorio según sean clínicamente apropiados y servicios médicos y profesionales provistos en un consultorio, entorno de hospitalización o ambulatorio para:

- Todas las etapas de reconstrucción de las mamas, en las cuales se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir apariencia simétrica
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas
- Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mamas
- Prótesis mamaria externa para la o las mamas en las que se han realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesario
- Chequeos médicos y servicios del Programa integral de atención para adultos jóvenes (de 18 a 20 años) a través del programa Pasos Sanos de Texas
- Administración de casos dirigidos de salud mental
- Servicios de transporte médico que no son de emergencia
- Medicamentos y productos biológicos ambulatorios, incluso aquellos dispensados en una farmacia o administrados por un proveedor
- Medicamentos y productos biológicos provistos en un entorno de paciente hospitalizado
- Podología
- Atención prenatal
- Servicios preventivos, incluyendo un chequeo de bienestar anual para adultos, para pacientes de 21 años en adelante
- Atención primaria
- Radiología, imágenes y radiografías
- Servicios de médicos especialistas
- Telesalud
- Telemedicina
- Telemonitoreo
- Terapias: física, ocupacional y del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Vista (incluye optometría y anteojos; los lentes de contacto solo están cubiertos si son médicamente necesarios para corrección de la vista, que no se puede lograr mediante anteojos)

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

Su proveedor de atención primaria le ayudará a recibir estos tipos de servicios o puede llamar a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**. También puede hablar con su coordinador de servicios para obtener más información.

¿Existe algún límite para algunos servicios cubiertos?

Es posible que existan límites para la atención, tales como servicios de quiropráctica, basado en los beneficios cubiertos por Medicaid. Puede llamar a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** o hablar con su coordinador de servicios para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones.

¿Qué es una aprobación previa?

Algunos tratamientos, cuidado o servicios pueden necesitar nuestra aprobación antes de que su médico pueda proporcionarlos. Esto se llama aprobación previa. Su médico trabajará directamente con nosotros para obtener la aprobación. Los siguientes servicios requieren aprobación previa:

- La mayoría de las cirugías, incluyendo algunas cirugías ambulatorias
- Todos los servicios y todas las admisiones para paciente hospitalizado electivas y no urgentes
- Servicios de quiropráctica
- La mayoría de los servicios de salud conductual y trastorno por el uso de sustancias (excepto servicios ambulatorios de rutina y de emergencia)
- Ciertas recetas
- Cierta equipo médico duradero, incluyendo prótesis y ortésico
- Ciertos procedimientos de gastroenterología
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios para enfermos terminales
- Terapia de rehabilitación (terapias física, ocupacional, respiratoria y del habla)
- Estudios del sueño
- Atención fuera del área o fuera de la red, excepto en una emergencia
- Diagnóstico por imágenes avanzado (cosas como MRA, MRI, escaneos de tomografía computarizada (TC) y escaneos CTA)
- Ciertas pruebas y procedimientos para manejo del dolor

Esta lista está sujeta a cambios sin aviso y no es una lista completa de los beneficios cubiertos por el plan. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas acerca de servicios específicos.

¿Qué servicios no están cubiertos por Wellpoint?

Wellpoint no ofrece los beneficios y servicios a continuación. Estos servicios tampoco están cubiertos por el programa Medicaid de pago por servicios.

- Nada que no sea médicamente necesario
- Nada que sea experimental, tal como un nuevo tratamiento que está siendo probado o que no ha demostrado que funcione
- Cirugía cosmética que no sea médicamente necesaria
- Esterilización para miembros de hasta 20 años de edad
- Atención de rutina de los pies excepto para miembros con diabetes o mala circulación
- Servicios para el tratamiento de fertilidad
- Tratamiento para discapacidades relacionadas al servicio militar
- Programas de servicios para pérdida de peso
- Reversión de esterilización voluntaria
- Cuarto privado y artículos para comodidad personal cuando esté hospitalizado
- Cirugía de reasignación de sexo

Para más información sobre servicios no cubiertos por Wellpoint, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Medicaid paga por la mayoría de los medicamentos que su médico le receta. Los adultos, al igual que los niños, pueden obtener tantas recetas como sean médicamente necesarias para medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos del Programa de medicamentos para proveedores (VDP). Su médico usará la VDP al hacer sus recetas. Puede surtir su receta en cualquier farmacia de nuestro plan a menos que esté en el Programa Lock-in (bloqueo) de Medicaid.

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

Algunas personas desean vivir en sus propios hogares, pero necesitan ayuda con las tareas cotidianas, como comer, las tareas domésticas ligeras, preparar las comidas o el cuidado personal. Nuestros coordinadores de servicios le ayudarán a recibir los servicios que usted necesita. Si se lo permite, él o ella hablarán con usted y con sus médicos para determinar los tipos de ayuda que necesita. Luego, el coordinador de servicios le contará sobre la ayuda que quizá podamos conseguirle. También podemos ayudarle a iniciar sus servicios. Luego, su coordinador de servicios le llamará para ver cómo le está yendo.

Para obtener cualquier servicio y apoyo a largo plazo, usted **debe** hablar primero con su coordinador de servicios.

Los miembros de STAR+PLUS que tienen incapacidades intelectuales o condiciones relacionadas que reciben servicios a través del programa para ICF-IID o una Exención por IDD obtienen servicios y apoyos a largo plazo a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas.

La clase de beneficios de servicios y apoyos a largo plazo que puede recibir se basa en su categoría de elegibilidad para Medicaid. Hay tres categorías de elegibilidad de Medicaid:

- Otra atención comunitaria (OCC): beneficios básicos
- Primera opción comunitaria (CFC): beneficios de nivel medio
- Programa de los HCBS con Exención para STAR+PLUS (SPW): beneficios de nivel alto para miembros con necesidades complejas

El siguiente cuadro proporciona las generalidades de los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo por categoría de cobertura.

Servicios y apoyos a largo plazo	Beneficios de Otra atención comunitaria (OCC)	Beneficios de Primera opción comunitaria (CFC)	Beneficios del programa de los HCBS con Exención para STAR+PLUS (SPW)
Cuidado primario en el hogar/Servicios de asistente personal	✓	✓	✓
Servicios de actividades diarias y salud (DAHS)	✓	✓	✓
Atención de asistente dirigida por el cliente (incluyendo servicios de administración financiera)	✓	✓	✓

Servicios y apoyos a largo plazo	Beneficios de Otra atención comunitaria (OCC)	Beneficios de Primera opción comunitaria (CFC)	Beneficios del programa de los HCBS con Exención para STAR+PLUS (SPW)
Servicios de enfermería (en el hogar)	No cubierto	No cubierto	✓
Adquisición, mantenimiento y mejora de los servicios de habilidades		✓	✓
Servicios de respuesta de emergencia (botón para llamada de emergencia)		✓	✓
Consulta/administración de apoyo		✓	✓
Servicios dentales		No cubierto	✓
Comidas entregadas a domicilio			✓
Modificaciones menores en el hogar			✓
Ayudas para la adaptación			✓
Equipo médico duradero			✓
Suministros médicos		✓	
Terapia física, ocupacional y del habla	No cubierto	No cubierto	✓
Tutela temporal para adultos/atención personal en el hogar			✓
Vida asistida			✓
Servicios de asistencia en la transición (para miembros que salen de un centro de enfermería): \$2,500 máximo			✓
Relevo (con o sin modelos autodirigidos)			✓
Dietista/servicio nutricional (para residentes de vida asistida)			✓
Terapia de rehabilitación cognitiva			✓

Servicios y apoyos a largo plazo	Beneficios de Otra atención comunitaria (OCC)	Beneficios de Primera opción comunitaria (CFC)	Beneficios del programa de los HCBS con Exención para STAR+PLUS (SPW)
Servicios de administración financiera	No cubierto	No cubierto	✓
Asistencia para el empleo			✓
Empleo asistido			✓

Las marcas de verificación (✓) representan beneficios cubiertos por Wellpoint. Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios para averiguar si reúne los requisitos.

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

Si piensa que necesita servicios y apoyos a largo plazo, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al número a continuación para su área de servicio:

Jefferson	800-325-0011
Lubbock	877-405-9872
Nueces	877-405-9871
Área de Servicio Rural Oeste de Medicaid	877-405-9872

Los miembros de STAR+PLUS que tienen incapacidades intelectuales o condiciones relacionadas que reciben servicios a través del programa para ICF-IDD o una Exención por IDD deben llamar al **866-696-0710**. Si tiene sordera o dificultad auditiva, llame al **711**.

Si no hablamos con usted durante su primer mes como nuevo miembro, llame de inmediato a Servicios para Miembros. Llame antes si cambió recientemente su dirección o número de teléfono o piensa que necesita servicios y apoyos a largo plazo. Un coordinador de servicios de Wellpoint hablará con usted o visitará su hogar para saber más sobre su salud y necesidad de servicios. Le preguntaremos sobre su salud y cualquier problema que pueda tener con tareas de la vida diaria. También tal vez quiera que un familiar o amigo hable con nosotros.

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

Sus beneficios de servicios y apoyos a largo plazo cambiarán si usted se muda a un centro de enfermería. Podría ser elegible para beneficios de servicios y apoyos a largo plazo en un centro de enfermería, en lugar de beneficios de servicios y apoyos a largo plazo con base en la comunidad.

Estos beneficios incluyen:

- Servicios de cuidado diario en un centro de enfermería.
- Servicios adicionales del centro de enfermería.
- Coseguro de Medicare para los servicios de cuidado diario.

Sus beneficios de atención aguda como hospitalización, visitas al médico y recetas no cambiarán si se muda a un centro de enfermería, a menos que comience a recibir cobertura de un plan de Medicare que le proporcionaría esos beneficios.

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios ayuda a asegurar que usted esté recibiendo los servicios que necesita por parte de los proveedores adecuados. Le asignaremos un coordinador personal de servicios:

- Si usted solicita uno.
- Si determinamos que necesita uno basado en su salud o necesidades de apoyo.
- Tiene una discapacidad intelectual o condición relacionada y recibe servicios a través del programa para ICF-IID o una Exención por IDD.
- Está inscrito en el programa de Cáncer de mama y de cuello uterino de Medicaid.

Un coordinador de servicios calificado manejará y supervisará todo el cuidado y los servicios que reciba. Él o ella lo conocerán y trabajarán con usted y con sus proveedores para asegurarse de que usted reciba la atención y los servicios que necesita.

La coordinación de servicios puede incluir, pero no se limita a lo siguiente:

- La identificación de sus necesidades a través de una evaluación
- La creación de un plan de salud para satisfacer esas necesidades
- El análisis del plan de salud con usted, su familia y su representante (si fuese necesario) para asegurar que usted lo entienda y lo acepte
- La programación de citas con sus proveedores y la coordinación para que obtenga los servicios que necesita
- El trabajo en equipo junto a usted y su proveedor de atención primaria

¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?

Cuando se convierte por primera vez en miembro de Wellpoint, el estado nos envía información sobre su salud y los servicios que recibe de Medicaid. Su coordinador de servicios leerá esta información para informarse más sobre usted. Él o ella sabrán a qué proveedores llamar para asegurarse de que usted continúe obteniendo la atención necesaria. Él o ella le preguntarán qué tan útiles han sido los servicios de Medicaid. Hablaremos con sus proveedores de Medicaid sobre la atención que ha estado recibiendo. Y, si está de acuerdo, hablaremos con sus médicos sobre sus necesidades de cuidado médico.

Su coordinador de servicios le ayudará a recibir el cuidado que usted necesita al:

- Visitarlo en su hogar para aprender más acerca de sus necesidades y metas de salud.
- Trabajar con usted para crear un plan de servicios que satisfaga sus necesidades.
- Ayudarlo a ver a sus proveedores cuando lo necesite y a obtener los servicios necesarios, incluyendo servicios de salud preventiva.
- Asegurarse de que todos sus servicios y apoyos a largo plazo, sus servicios de atención aguda y otros servicios sociales que obtenga fuera de Wellpoint estén coordinados.
- Ayudarlo a obtener autorizaciones para servicios médicamente necesarios.
- Exhortarle a participar en su cuidado para ayudarlo a vivir independientemente.

¿Cómo sé quién es mi coordinador de servicios?

Cuando le asignemos un coordinador de servicios, le enviaremos una carta con nombre de él o ella y número de teléfono. Le enviaremos esta información cada año y en cualquier momento que su coordinador de servicios cambie. También puede encontrar el nombre y número de teléfono de su coordinador de servicios personal en nuestro sitio web en wellpoint.com/tx/medicaid. Necesitará seleccionar el botón **Iniciar sesión (Log In)** y registrarse en para una cuenta segura con el fin de ver su información personal. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener el nombre y la información de contacto de su coordinador de servicios.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Puede comunicarse con un coordinador de servicios llamando a los números telefónicos en la sección **¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?** o llamando a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Su plan de servicios de Wellpoint

Su coordinador de servicios trabaja con usted para ayudarle a averiguar si necesita servicios especiales tales como servicios y apoyos a largo plazo o administración de casos. Ejemplos de servicios y apoyos a largo plazo son el cuidado de vida asistida y el cuidado de adultos durante el día. Damos servicios de administración de casos a miembros que tienen condiciones tales como cáncer, VIH; insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal en etapa terminal, anemia falciforme, diabetes y asma o que necesitan atención pulmonar y de heridas.

Su coordinador de servicios trabajará junto a usted y sus cuidadores para crear su plan de servicios. El plan indica los tipos de servicios que necesita y con qué frecuencia los necesita.

Usted es la parte más importante de su equipo de coordinación de servicios. Una vez que entienda y acepte los servicios de su plan, su coordinador de servicios le ayudará a obtenerlos. Aprobamos la cobertura de los servicios según sea necesario. Quizá sean los mismos servicios que tuvo en el pasado, o que puedan ser algo diferentes.

Si recibe servicios de STAR+PLUS a través del programa para ICF-IID o de una Exención por IDD, el estado desarrollará su plan de servicios y evaluará las obligaciones de administración de casos primarios. Su coordinador de servicios de Wellpoint participará en el desarrollo del plan cuando lo permitan usted y el administrador de casos/coordinador de servicios del estado. Su coordinador de servicios de Wellpoint es responsable de apoyar los beneficios proporcionados por Wellpoint.

¿Cómo cambio mi plan de servicio de Wellpoint?

Su coordinador de servicios lo llamará o visitará periódicamente para ver cómo está. Si se produce algún cambio en su salud o capacidad de cuidarse, debe llamar a su coordinador de servicios de inmediato. No tiene que esperar a que él o ella se comuniquen con usted. Su coordinador de servicios desea saber si se produce algún cambio en su salud o comienza a tener problemas con las tareas cotidianas, como vestirse, bañarse o tomar sus medicamentos. Su coordinador de servicios trabajará con el resto de su equipo para ayudarle a obtener otros servicios o cuidado que necesite. Su coordinador de servicios revisará su plan de servicios al menos una vez al año. Si es necesario efectuar algún cambio, él o ella se encargarán de hacerlo.

¿Qué es la Verificación electrónica de visitas?

La Verificación electrónica de visitas (EVV) es un sistema electrónico que se usa para documentar y verificar determinados servicios y apoyos a largo plazo. Si usted recibe servicios de asistente personal, su asistente debe registrar sus visitas usando un sistema de EVV. El sistema de EVV registra cosas como la fecha y la hora de inicio y fin del servicio, el nombre del asistente y el servicio prestado.

La EVV es gratuita. Su asistente usará el teléfono de su casa para llamar al número de línea gratuita cuando comiencen y terminen sus servicios. Si no tiene una línea telefónica fija en su hogar, su asistente usará una aplicación móvil u otro dispositivo.

EVV se usa para todos los servicios de cuidado personal de Medicaid. Póngase en contacto con su coordinador de servicios o Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la EVV.

¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Wellpoint?

Wellpoint le proporciona beneficios adicionales de cuidado médico solo por ser miembro de nuestro programa STAR+PLUS. Estos beneficios adicionales también se denominan beneficios de valor agregado. Le ofrecemos estos beneficios para ayudarlo a mantenerse saludable y para agradecerle por haber elegido a Wellpoint como su plan médico. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información acerca de estos beneficios adicionales o visite nuestro sitio web en wellpoint.com/tx/medicaid.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables (Healthy Rewards) por estas actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 para una miembro que se haga un chequeo prenatal en el primer trimestre de embarazo o dentro de los 42 días de ingresar al plan médico de Wellpoint • \$50 para una miembro que se haga un chequeo después del parto en un periodo de 7 a 84 días después de dar a luz • \$20 cada 6 meses para un miembro con diabetes que se haga un examen de glucemia (HbA1c) • \$20 cada 6 meses para un miembro con diabetes que se haga un examen de glucemia (HbA1c) con un resultado menor de 8 • \$20 cada año para un miembro hasta los 64 años que tenga un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar que toma medicamentos antipsicóticos y que tenga una 	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese al programa Recompensas Saludables dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Wellpoint. • Su proveedor informará la mayoría de las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su visita. • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad. <p>Para ingresar al programa Recompensas Saludables o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder al Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o

<p>prueba de detección (análisis) de diabetes. Los miembros que ya tienen un diagnóstico de diabetes están excluidos de esta recompensa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$50 por hacerse una citología de cuello uterino (prueba de Papanicolaou), para miembros de 21 a 64 años, una vez cada 3 años • \$50 por hacerse una citología de cuello uterino (prueba de Papanicolaou) con una prueba conjunta del virus de papiloma humano (VPH), para miembros de 30 a 64 años, una vez cada 5 años • \$20 por tener una visita ambulatoria de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de 7 días del alta del hospital por una estadía de salud conductual, hasta 4 veces por año 	<ul style="list-style-type: none"> • Llame a la Línea de Servicio al Cliente de Recompensas Saludables al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro
<p>Asignación de tarjeta de regalo de Recompensas Saludables para productos de venta libre por completar estas actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 cada año por ponerse una vacuna contra la influenza <p>Excluye cualquier producto cubierto por Medicaid</p>	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese al programa Recompensas Saludables dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Wellpoint. • Su proveedor informará las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su visita. • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad. <p>Para ingresar al programa Recompensas Saludables o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder al Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o • Llame a la Línea de Servicio al Cliente de Recompensas Saludables al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro

<p>\$100 en tarjeta de regalo para comprar productos de venta libre ya sea en línea o en la tienda (una tarjeta de por vida)</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Beneficios de salud y actividades físicas: membresía de 13 semanas en Weight Watchers®, \$150 en tarjeta de regalo de Tienda de comida saludable (Healthy Grocery), recursos de actividades físicas y ejercicios bajo demanda, además de la posibilidad de elegir entre un kit personal de ejercicios o una membresía de 3 meses en un gimnasio (uno de cada tipo de beneficio por año)</p> <p>Para miembros de 21 años en adelante con un diagnóstico de obesidad, hipertensión o diabetes</p>	<p>Para solicitar el programa Weight Watchers®, llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.</p> <p>Para acceder a los recursos de actividades físicas y ejercicios bajo demanda, visite choosehealthy.com/WPTX.</p> <p>Para obtener un kit de ejercicio personal, una tarjeta regalo de para la Tienda de comida saludable o una membresía en un gimnasio, inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para tener acceso al Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Diploma de Educación General (GED): reciba una tarjeta de regalo para cubrir la tarifa del examen para su prueba de GED (una tarjeta de por vida)</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Ayuda para conseguir transporte para viajes a las:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficinas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). • Reuniones del Grupo asesor de miembros. • Reuniones de grupo de apoyo de duelo. • Reuniones de grupos Anónimos. • Reuniones de la Asociación Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI). • Bancos de alimentos y despensas. 	<p>Llame al 844-867-2837 (TTY 711).</p> <p>Cada miembro puede obtener un viaje de ida y vuelta al mes, con un máximo de 12 viajes de ida y vuelta al año.</p>
<p>Ayuda de transporte (elija una por año): pase de autobús, tarjeta de gasolina de \$100, tarjeta Uber de \$100 o tarjeta regalo de \$100 para cambios de aceite</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>

<p>Salud emocional en línea: herramientas web y móviles seguras que puede utilizar las 24 horas, los 7 días de la semana, para ayudar a mejorar su salud emocional</p>	<p>Para acceder el programa de Recursos para el bienestar emocional de Aprender a vivir (Learn to Live) visite learntolive.com/welcome/txwellpoint. Escriba TXWellpoint en el campo del código y seleccione “Comenzar ahora (Start Now)”. Después, ingrese su identificación del miembro.</p>
<p>Suscripción a la aplicación de meditación para miembros diagnosticados con una condición de salud conductual (una por año)</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Tarjeta de regalo de \$75 para comprar productos sensoriales (uno por año)</p> <p>Para miembros con una discapacidad del desarrollo (DD), discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), o diagnosticados con trastorno de atención e hiperactividad (ADHD), depresión, trastorno del espectro autista, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (PTSD), demencia o enfermedad de Alzheimer</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Ayudas para el estilo de vida: elija hasta dos artículos (por año)</p> <p>Para miembros de 21 años en adelante con un diagnóstico de hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad de las arterias coronarias (CAD) u obesidad</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Beneficios de la vista mejorados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de \$150 añadida a los beneficios de Medicaid para marcos de anteojos y lentes o lentes de contacto cada dos años • Lentes de plástico/policarbonato: cada 36 meses 	<p>Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o visite wellpoint.com/tx/medicaid para encontrar proveedores de servicios de visión en la página <i>Buscar proveedores (Search Providers)</i>.</p>
<p>24 horas de servicios de relevo cada año para familias y cuidadores de miembros de 21 años en adelante</p>	<p>Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.</p> <p>Este beneficio no está disponible para los miembros del programa de Exención de HCBS de STAR+PLUS.</p>

<p>El programa Cuidando de Mí y de Mi Bebé (Taking Care of Baby and Me®): ayuda a las miembros embarazadas, las nuevas mamás y sus bebés a mantenerse sanos</p> <p>Las miembros embarazadas recibirán materiales educativos sobre el embarazo, posparto y el recién nacido para ayudarlas a informarse sobre el cuidado durante el embarazo y posparto. Esto incluye la importancia de las visitas prenatales y continuas al médico.</p>	<p>Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o vaya a wellpoint.com/tx/medicaid para más información.</p>
<p>Servicios de control de plagas cada tres meses</p>	<p>Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.</p> <p>Los miembros pueden obtener este servicio en una ubicación.</p>
<p>Seguridad en el hogar: elija hasta dos artículos (de por vida)</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Opciones de alimentos frescos (elija una cada año):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tres cajas de productos frescos cultivados en la granja • Membresía anual en Sam's Club • Membresía anual en Costco • Tarjeta de regalo de \$150 de Tienda de comida saludable (Healthy Grocery) <p>Para miembros con un diagnóstico de salud conductual, discapacidad del desarrollo (DD), discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), y miembros que estén embarazadas hasta 60 días después del parto</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Hasta \$200 de productos para aliviar el asma seleccionados por miembro (por hogar cada año)</p> <p>Para miembros diagnosticados con asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>

<p>Kit de preparación en caso de emergencia y hasta \$75 en fondos de ayuda en caso de desastre (uno por hogar de por vida)</p>	<p>Para recibir el kit de preparación en caso de emergencia, inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder al Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p> <p>Para obtener los fondos de ayuda en caso de desastre, llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.</p>
<p>Servicios dentales de rutina: un examen, dos limpiezas dentales y un conjunto de radiografías por año</p>	<p>Llame a DentaQuest al 855-418-1621.</p> <p>Este beneficio no está disponible para los miembros del programa de Exención de HCBS de STAR+PLUS.</p>
<p>Kit de higiene dental para miembros de 21 años en adelante (un kit por año)</p> <p>El miembro tiene que haber completado una visita dental dentro de los últimos seis meses</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Apoyo dietético nutricional de hasta 20 comidas entregadas a domicilio cada año después de salir de un hospital o centro de enfermería para miembros de 21 años en adelante</p>	<p>Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.</p> <p>Este beneficio no está disponible para los miembros del programa de Exención de HCBS de STAR+PLUS o miembros que reciben asistencia de alimentos a través de Medicaid.</p>
<p>Lector de libros electrónicos (E-reader) (uno de por vida) y una tarjeta para la biblioteca digital (una por año). Lector de libros electrónicos con función de lectura de pantalla disponible para los miembros con deficiencia visual o problemas de desarrollo</p> <p>Para miembros con un diagnóstico de salud conductual, discapacidad del desarrollo (DD), discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), demencia, o enfermedad de Alzheimer</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Programa EX (EX Program): Un programa para dejar de fumar con actividades en línea, materiales educativos y productos. Este programa puede ayudar a los miembros a medida que tratan de dejar</p>	<p>Acceda al programa en Go.TheEXProgram.com/WellpointTX.</p>

de usar tabaco o mascar, fumar o vapear.	
Programa de apoyo para la recuperación de trastornos por uso de sustancias a través de una plataforma móvil para apoyar la recuperación en curso. Proporciona motivación diaria, apoyo de pares, contenido de recuperación y otros apoyos críticos. Para miembros remitidos por un coordinador de servicios	Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Documentos de identificación: reciba una tarjeta de regalo de \$35 para ayudar a cubrir los gastos para obtener la licencia de conducir, el certificado de nacimiento, la tarjeta de identificación del seguro social o estatal. Para miembros con un diagnóstico de salud conductual, discapacidad del desarrollo (DD), discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página de <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .

¿Cómo obtengo estos beneficios adicionales?

Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios para saber cómo recibir estos servicios. Una vez que conozcamos sus necesidades, le ayudaremos a recibir los beneficios adicionales adecuados.

¿Qué clases de educación sobre salud ofrece Wellpoint?

Trabajamos para ayudarle a mantenerse sano al realizar eventos educativos en su área y ayudándole a encontrar programas comunitarios de educación sobre salud cerca de usted. Estos eventos y programas comunitarios pueden incluir:

- Servicios de Wellpoint y cómo obtenerlos
- Parto
- Cuidado del bebé
- Cómo ser padres
- Embarazo
- Técnicas para dejar de fumar
- Protección personal contra la violencia
- Otras clases o eventos sobre temas de salud

Para conocer los eventos que se realizan en su área, consulte la página de *Ayuda comunitaria* en **wellpoint.com/tx/medicaid** bajo la pestaña **Beneficios de Medicaid**. Si necesita ayuda para encontrar un programa en la comunidad, llame a Servicios para

Miembros o marque 2-1-1. Tenga en cuenta que algunas organizaciones de la comunidad pueden cobrar una tarifa para participar en sus programas.

Cuidado para Condiciones

Un programa de Cuidado para Condiciones (CNDC) puede ayudarle a sacar más provecho de la vida. Como parte de sus beneficios de Wellpoint, estamos para ayudarlo a que conozca aún más su salud, teniéndolo en cuenta a usted y sus necesidades en todo momento.

Nuestro equipo incluye enfermeros registrados llamados administradores de casos de CNDC. Ellos le ayudarán a aprender cómo manejar mejor su condición o problema de salud. Usted puede elegir ingresar a un programa de CNDC sin costo alguno para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede inscribirse en un programa de Cuidado para Condiciones para recibir cuidado médico y servicios de apoyo en caso de tener alguna de estas condiciones:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
- Diabetes
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastorno depresivo complejo: adultos
- Trastorno depresivo complejo: niños y adolescentes
- Esquizofrenia
- Trastorno por el uso de sustancias

Cómo funciona

Cuando usted ingresa a uno de nuestros programas de CNDC, un administrador de casos de CNDC hará lo siguiente:

- Le ayudará a crear metas de salud y hacer un plan para alcanzarlas.
- Le dará orientación y apoyo mediante llamadas telefónicas personalizadas.
- Le dará seguimiento a su progreso.
- Le dará información sobre apoyo local y cuidadores.
- Responderá preguntas sobre su condición y/o plan de tratamiento (formas para ayudar con los problemas de salud).
- Le enviará materiales para aprender acerca de su condición, su salud y bienestar en general.
- Coordinará su atención con sus proveedores de cuidados médicos, como ayudarlo con:
 - Hacer citas.
 - Llegar a sus visitas con el proveedor de cuidado médico.
 - Remitirlo a especialistas en nuestro plan médico, de ser necesario.
 - Conseguir cualquier equipo médico que pueda necesitar.

- Le ofrecerá materiales educativos y herramientas para el control de peso y dejar de usar tabaco (cómo dejar de usar tabaco, como dejar de fumar).

Nuestro equipo de CNDC y su proveedor de atención primaria están a su disposición para ayudarle con sus necesidades de cuidado médico.

Cómo ingresar

Le enviaremos una carta dándole la bienvenida a un programa de CNDC, si califica. O, llámenos a la línea gratuita al **888-830-4300 (TTY 711)** de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local.

Cuando llame:

- Lo pondremos en contacto con un administrador de casos de CNDC para empezar.
- Le haremos algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo.
- Comenzaremos a trabajar en conjunto para crear el plan para usted o su hijo.

También puede enviarnos un correo electrónico a Condition-Care-Self-Referral@wellpoint.com.

Tenga en cuenta que los correos electrónicos enviados por la internet son usualmente seguros, pero existe cierto riesgo de que terceros puedan acceder (u obtener) estos correos electrónicos sin que usted lo sepa. Al enviar su información por correo electrónico, usted acepta (o entiende) que terceros tal vez accedan a estos correos electrónicos sin que usted lo sepa.

Usted puede elegir no participar (lo sacaremos del programa) en cualquier momento. Llámenos al número gratuito al **888-830-4300 (TTY 711)** de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local de lunes a viernes, para optar por no participar. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado para su administrador de casos de CNDC las 24 horas del día.

Números de teléfono útiles

En una emergencia, llame al 911.

Cuidado para Condiciones

Número gratuito: **888-830-4300 (TTY 711)**

de lunes a viernes

de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local

Deje un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día.

Fuera del horario normal:

Llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.

Las 24 horas del día, los siete días de la semana

833-731-2160 (TTY 711)

Derechos y responsabilidades de Cuidado para Condiciones

Al ingresar a un programa de Cuidado para Condiciones, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Usted tiene derecho a:

- Obtener detalles acerca de quiénes somos, tales como:
 - Los programas y servicios que ofrecemos.

- Nuestro personal y sus calificaciones (habilidades o educación).
 - Cualquier relación contractual (tratos que tenemos con otras compañías).
- No participar de servicios de CNDC.
- Saber cuál administrador de casos de CNDC está manejando sus servicios de CNDC y cómo pedir un cambio.
- Obtener apoyo de nosotros para tomar decisiones de cuidado médico con sus proveedores de cuidado médico.
- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionado con CNDC (opciones de maneras para mejorar) mencionadas en las guías clínicas (aún si un tratamiento no fuera parte de su plan médico) y conversar sobre las opciones de tratamiento con los proveedores de atención médica tratantes.
- Que los datos personales y la información médica se mantengan en privado.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo nos aseguramos de que su información permanezca segura, privada y confidencial.
- Recibir tratamiento cortés y respetuoso de parte de nuestro personal.
- Recibir información que sea clara y fácil de entender.
- Presentar quejas a Wellpoint llamando a la línea gratuita **888-830-4300 (TTY 711)** de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local de lunes a viernes y:
 - Recibir ayuda sobre cómo usar el proceso de quejas.
 - Saber cuánto tiempo tiene Wellpoint para responder y resolver problemas de calidad y quejas.
 - Darnos comentarios acerca del programa de Cuidado para Condiciones.

Usted también tiene la responsabilidad de:

- Seguir el plan de salud acordado por usted y su administrador de casos de CNDC.
- Brindarnos la información que necesitamos para llevar a cabo nuestros servicios.
- Decirnos a nosotros y a su proveedor de cuidados médicos si elije no participar (abandonar el programa)

Cuidado para Condiciones no mercadea productos o servicios de compañías externas a nuestros miembros. El programa de CNDC no posee ni se beneficia de compañías externas sobre los bienes y servicios que ofrecemos.

Puede iniciar sesión en su cuenta segura o registrarse en **wellpoint.com/tx/medicaid** para pedirnos ingresar a un programa de CNDC. Necesitará su número de identificación del miembro para registrarse (se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro). Al usar su cuenta segura, puede enviar un mensaje seguro a Servicios para Miembros/Cuidado para Condiciones y pedir ingresar al programa.

¿Qué es la Administración de casos complejos? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Además de nuestro programa de Cuidado para Condiciones, tenemos un programa de Administración de casos complejos. En este programa, los administradores de casos le ayudan a manejar su cuidado médico en caso de que usted tenga necesidades especiales. Un administrador de casos tal vez pueda ayudarle si usted ha padecido un evento crítico o le han diagnosticado una condición médica grave tal como diabetes. Tenemos administradores de casos especiales para miembros con un embarazo de alto riesgo, un embarazo múltiple, antecedentes de parto prematuro de un embarazo anterior o trabajo de parto prematuro actual.

No necesita una remisión de su médico para recibir estos servicios. Puede ponerse en contacto con el programa de Administración de casos complejos llamando a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** y pidiendo hablar con un administrador de casos complejos. Nuestros administradores de casos son enfermeros certificados y trabajadores sociales, disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro. Los administradores de casos también tienen correo de voz confidencial disponible las 24 horas del día.

¿Qué es un Miembro con necesidades de cuidado médico especial?

Un Miembro con necesidades de cuidado médico especial (MSHCN) significa que el miembro tanto:

- Tiene una enfermedad grave en curso, una condición crónica o compleja, o una discapacidad que probablemente dure por un largo periodo de tiempo.
- Requiere tratamiento y evaluación regulares y continuos para la condición por parte de personal de cuidado médico apropiado.

Todos los miembros de STAR+PLUS califican como un miembro con MSHCN. Un coordinador de servicios trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención satisfaga sus necesidades específicas de salud.

Como miembro con MSHCN, usted puede tener un especialista como proveedor de atención primaria y ser tratado por un equipo de médicos y especialistas cuando lo necesite.

Llámenos al **833-731-2160 (TTY 711)** si necesita ayuda para recibir estos servicios.

¿Qué otros servicios puede Wellpoint ayudarme a recibir?

Podemos ayudarlo a recibir servicios cubiertos por Medicaid de pago por servicios en lugar de Wellpoint. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para recibir estos servicios. Los beneficios de Medicaid de pago por servicio incluyen:

- Servicio dental de Pasos Sanos de Texas (incluyendo ortodoncia): los miembros hasta los 20 años pueden recibir beneficios dentales a través de una organización dental de atención administrada
- Investigación de plomo ambiental de Pasos Sanos de Texas (para miembros hasta los 20 años)
- Servicios de salud escolar y relacionados de Texas (para miembros hasta los 20 años)
- Programa de Desarrollo y Descubrimiento Vocacional para Niños Ciegos del Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (para miembros hasta los 21 años)
- Servicios para tuberculosis (de terapia directamente observada e investigación de contactos) provistos por proveedores aprobados por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)
- Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) para servicios para enfermos terminales
- Servicios especializados, evaluaciones y detecciones para las Detecciones Previa a la hospitalización y revisión de residentes (PASRR)

MI CUIDADO MÉDICO Y OTROS SERVICIOS

¿Qué significa médicamente necesario?

Su proveedor de atención primaria lo ayudará a recibir los servicios que necesita que son médicamente necesarios según se define a continuación:

Médicamente necesario significa:

- 1) Para miembros de 18 a 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 y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - i) Tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de Alberto N., et al. v. Traylor, et al.; y
 - ii) Puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
- 2) Para los miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
 - a) Son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro
 - b) Se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro
 - c) Cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno
 - d) Son acordes con el diagnóstico del padecimiento
 - e) Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia
 - f) No son experimentales ni de estudio y
 - g) No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor
- 3) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
 - a) Son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren
 - b) Cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias
 - c) Se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro
 - d) Se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos
 - e) No se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada
 - f) No son experimentales ni de estudio y
 - g) No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Si tiene preguntas con respecto a una autorización, una solicitud de servicios o una pregunta de administración de la utilización, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?

El Director Médico de Wellpoint y nuestros proveedores ven los avances en la tecnología médica y nuevas maneras para usar la tecnología médica existente. Vemos los avances en:

- Procedimientos médicos
- Procedimientos de salud conductual
- Medicamentos
- Dispositivos

Revisamos la información científica y aprobaciones gubernamentales para averiguar si el tratamiento funciona y es seguro. Consideraremos cubrir nueva tecnología solamente si la tecnología ofrece resultados iguales o mejores que el tratamiento o terapia cubierta existente.

¿Qué es atención médica de rutina?

Atención de rutina incluye chequeos regulares, cuidado preventivo y citas por lesiones y enfermedades menores. Su proveedor de atención primaria lo atiende cuando no se está sintiendo bien, pero eso solo es parte de su trabajo. Este también lo cuida antes de enfermarse. Esto se llama cuidado de bienestar. Vea las secciones **¿Que es Pasos Sanos de Texas? ¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?** y **¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?** de este manual para más información. Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder ver a su proveedor de atención primaria en un plazo de dos semanas para atención de rutina.

¿Qué es la atención médica urgente?

La **atención urgente** es otro tipo de atención. Hay algunas enfermedades y lesiones que quizás no sean emergencias pero pueden convertirse en una emergencia si no se tratan dentro de 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortadas pequeñas
- Dolores de oído
- Dolores de garganta
- Torceduras o esguinces musculares

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

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de Wellpoint. Para recibir ayuda, llámenos gratis al **833-731-2160 (TTY 711)**.

También puede llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al mismo número para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

Podrá ver su doctor dentro de 24 horas para una cita de cuidado urgente. Si su doctor le dice que vaya a una clínica de cuidado urgente, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de cuidado urgente tiene que aceptar Wellpoint Medicaid.

¿Qué es atención médica de emergencia?

Después de la atención de rutina y de urgencia, el tercer tipo de atención es la **atención de emergencia**. Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si quiere consejos médicos, llame a su proveedor de atención primaria o a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los siete días de la semana al **833-731-2160 (TTY 711)**. Reciba la atención médica lo más pronto posible.

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se presta para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia.

Padecimiento médico de emergencia significa:

Un padecimiento médico que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que la persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud del paciente.
- Ocasionar problemas graves en las funciones corporales.
- Ocasionar disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo.
- Causar desfiguración grave.
- En el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de emergencia significa:

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

- Requiera intervención y/o atención médica inmediata sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas.
- Hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y atención de emergencia significa:

Servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de posestabilización.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debe poder atenderse con su médico inmediatamente para la atención de emergencia.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan médico?

Wellpoint cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, lo cual incluye el pago para lo siguiente:

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

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño 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 **833-731-2160** o llame al 911.

¿Que es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

Debe llamar a su proveedor de atención primaria dentro de las 24 horas después de su visita a la sala de emergencias. Si no puede llamar, pida a otra persona que lo haga. Su proveedor de atención primaria le dará o coordinará cualquier cuidado de seguimiento que necesite.

¿Cuán pronto puedo ver a mi médico?

Sabemos cuán importante es para usted ver a su médico. Trabajamos con los proveedores en nuestro plan para asegurarnos de que usted pueda verlos cuando lo necesite. Nuestros proveedores deben seguir los estándares de acceso que se indican a continuación.

Nombre estándar	Wellpoint
Servicios de emergencia	Tan pronto como llegue al proveedor para ser atendido
Atención de urgencia	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Cuidado fuera del horario normal	Los proveedores de atención primaria están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana directamente o a través de un servicio de contestador automático. Consulte la sección sobre ¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de atención primaria esté cerrado? de este manual.
Atención primaria de rutina	En un plazo de 14 días de la solicitud
Atención especializada de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Visita de seguimiento de atención primaria después de una visita a la sala de emergencias o al ser dado de alta del hospital	Dentro de 14 días de la visita o ser dado de alta

Nombre estándar	Wellpoint
Salud preventiva	
21 años en adelante	En un plazo de 90 días de la solicitud
Nuevo miembro	Nuevos miembros de 18 a 20 años, tan pronto como sea posible, pero a más tardar a los 90 días después de la inscripción
18 hasta 20 años	En un plazo de 60 días de la solicitud
Atención prenatal	
Visita inicial	En un plazo de 14 días de la solicitud
Visita inicial para alto riesgo o 3er trimestre	En un plazo de 5 días de la solicitud o inmediatamente, si existe una emergencia
Después de la visita inicial	Basado en el plan de tratamiento del proveedor
Salud conductual	
Emergencia que no amenaza la vida	En un plazo de 6 horas de la solicitud
Atención de urgencia	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Visita inicial para atención de rutina	Lo más temprano de 10 días hábiles o 14 días calendario a partir de la solicitud
Visita de seguimiento para atención de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Visita de seguimiento después de una hospitalización	En un plazo de 7 días de ser dado de alta

¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de atención primaria esté cerrado?

La ayuda de parte de su proveedor de atención primaria está disponible las 24 horas del día. Si llama al consultorio de su proveedor de atención primaria cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y número de teléfono donde lo puedan localizar. Alguien debe devolverle la llamada dentro de 30 minutos para indicarle qué hacer. También puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas para hablar con un enfermero en cualquier momento.

Si cree que necesita atención de emergencia, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana. Consulte la sección **¿Qué es atención médica de emergencia?** de este manual para ayudarlo a decidir si necesita atención de emergencia.

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

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al **833-731-2160 (TTY 711)** y le ayudaremos a encontrar a un doctor. Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano. Luego llámenos gratis al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

Si está fuera de Texas y necesita cuidado médico, llámenos a la línea gratuita al **833-731-2160 (TTY 711)**. Si necesita atención de emergencia, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué pasa si necesito ver a un médico especial (especialista)?

Su proveedor de atención primaria puede atender la mayoría de sus necesidades de cuidado médico, pero usted también puede necesitar cuidado de otras clases de médicos. Estos médicos se llaman especialistas, porque tienen entrenamiento en un área especial de la medicina. Ejemplos de especialistas son:

- Alergólogos (médicos que tratan alergias)
- Dermatólogos (médicos de la piel)
- Cardiólogos (médicos del corazón)
- Podólogos (médicos de los pies)
- Oncólogos (médicos que tratan el cáncer)

Cubrimos servicios de muchos tipos diferentes de médicos que proveen atención de especialista. Si su proveedor de atención primaria no puede darle la atención necesaria, él o ella puede remitirlo a un especialista de nuestro plan.

Si tiene discapacidades, necesidades de cuidado médico especial, o condiciones complejas crónicas, un especialista puede servir como su proveedor de atención primaria si dicho especialista acepta proporcionarle sus servicios de atención primaria. Llame a Servicios para Miembros de manera que podamos organizar esto para usted.

¿Qué es una remisión?

Una remisión es cuando su proveedor de atención primaria lo envía a otro médico o servicio para atención. Si su proveedor de atención primaria no puede darle la atención que usted necesita, lo remitirá a un especialista en nuestro plan.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria con el fin de recibir atención necesaria de proveedores de nuestro plan. Siempre es mejor hablar primero con su proveedor de atención primaria acerca de cualquier atención adicional que necesite. Su proveedor de atención primaria puede darle información acerca de otros médicos de nuestro plan y ayudarlo a coordinar toda la atención que recibe.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?

Usted podrá ver al especialista en un plazo de tres semanas desde cuando llama al consultorio del especialista.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Tiene derecho a solicitar una segunda opinión sobre los servicios médicos que necesita. Esto no le cuesta nada a usted. Puede obtener una segunda opinión de otro médico en

nuestro plan. O, si un médico en nuestro plan no está disponible para una segunda opinión, su proveedor de atención primaria puede enviar una solicitud para que aprobemos que usted vea a un médico que no esté en nuestro plan.

¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), de alcohol o drogas?

Algunas veces, el estrés de la vida puede llevar a depresión, ansiedad, problemas matrimoniales y familiares o abuso de alcohol y drogas. Si usted o un familiar está teniendo este tipo de problemas, tenemos médicos que pueden ayudar. Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** por ayuda para encontrar un médico que lo ayudará. Todos los servicios y tratamientos son estrictamente confidenciales.

¿Necesito una remisión para esto?

No necesita una remisión para recibir ayuda para problemas de salud del comportamiento, alcohol o drogas.

¿Qué son Servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de casos dirigidos de salud mental?

Estos servicios están disponibles para usted, si los necesita según una evaluación estandarizada adecuada por parte de un profesional de la salud mental.

Los Servicios de rehabilitación de salud mental son servicios que le ayudan a mantener la independencia en su hogar y la comunidad, tales como:

- Capacitación y apoyo de medicamentos
- Servicios de rehabilitación psicosocial
- Capacitación y desarrollo de habilidades
- Intervención para crisis
- Programa diurno para necesidades agudas

La Administración de casos dirigidos de salud mental le ayuda a acceder a servicios y apoyos médicos, sociales, educativos y de otra naturaleza que pueden ayudar a mejorar su salud y capacidad para funcionar.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** para saber más acerca de los recursos disponibles.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

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

Usted puede obtener tantas recetas como sea médicamente necesario para medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos del Programa de medicamentos para proveedores (VDP). Cubriremos todos los medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos del VDP. Puede ir a cualquier farmacia del plan de Wellpoint para surtir su receta, a menos que esté en el Programa Lock-in de Medicaid.

Debe usar la misma farmacia cada vez que necesite medicamentos. De esta forma, su farmacéutico conocerá todos los medicamentos que usted está tomando. Él o ella puede decirle acerca de las interacciones y efectos secundarios del medicamento. Si usa otra farmacia, debe informarle al farmacéutico sobre cualquier otro medicamento que esté tomando.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia en nuestro plan, vaya a nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid** y seleccione **Encontrar cuidado médico (Find Care)**.

Puede buscar una farmacia que le quede cerca. Si necesita ayuda también puede pedírsela al farmacéutico o llamar a Servicios para Miembros.

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

El farmacéutico le explicará que ellos no aceptan Wellpoint. Deberá llevar su receta a una farmacia en nuestro plan.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Cuando vaya a la farmacia, debe llevar:

- Su(s) receta(s) o botellas de medicamentos.
- Su tarjeta de identificación de Wellpoint.
- Su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.

¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?

Muchas farmacias ofrecen servicios de entrega. Pregunte al farmacéutico si hacen entregas a domicilio.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para recibir mis medicamentos?

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos cubiertos por Wellpoint, llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)**. Podemos trabajar con usted y su farmacia para asegurarnos de que reciba el medicamento que necesita.

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

Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación previa. Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para tres días. Llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos. Pida a su farmacéutico que le dispense un suministro para tres días.

¿Qué pasa si pierdo mi(s) medicamento(s)?

Si pierde o le roban su medicamento, pida a su farmacéutico que llame a Servicios para Proveedores al **833-731-2162**.

¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?

Su médico puede elegir medicamentos de la lista de medicamentos del Programa de medicamentos para proveedores (VDP). Esta incluye todos los medicamentos cubiertos por Medicaid.

Para ver la lista, vaya a la página del Formulario de medicamentos para proveedores de Texas en txvendordrug.com/formulary.

Su medicamento puede estar disponible como medicamento genérico. Un medicamento genérico tiene la misma indicación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que el medicamento de marca correspondiente y está aprobado por la FDA. Esto significa que ambos medicamentos están aprobados para el tratamiento de las mismas condiciones. Por lo general, su farmacia le dará el medicamento genérico si el mismo está en el formulario del VDP. Si su receta dice que usted necesita el medicamento de marca, lo cubriremos en lugar de darle un genérico.

¿Cómo transfiero mis recetas a una farmacia de la red?

Si necesita transferir sus recetas, todo lo que debe hacer es:

- Llamar a la farmacia del plan más cercana y dar al farmacéutico la información necesaria, o
- Traer el envase de su medicamento a la nueva farmacia y ellos manejarán el resto

¿Tendré un copago?

Los miembros de Medicaid no tienen copagos.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?

Si necesita una reposición mientras está de viaje, llame a su médico para que le haga una nueva receta y usted se la pueda llevar. Si usted recibe medicamentos de una farmacia que no está en el plan de Wellpoint, entonces tendrá que pagar por ese medicamento. Si paga por un medicamento, puede enviar una solicitud de reembolso. Llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo obtener un formulario de reembolso y presentar una reclamación.

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

El centro de enfermería le proporcionará todos los medicamentos requeridos.

¿Qué pasa si pagué un medicamento de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?

Si tuvo que pagar por un medicamento, puede presentar una solicitud para reembolso. Llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)** para obtener un formulario de reembolso y presentar una reclamación. El formulario de reembolso también está disponible en línea en **wellpoint.com/tx/medicaid** bajo *Beneficios de Medicaid* para Farmacia.

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

Ciertos equipos médicos duraderos (DME) y algunos productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, Wellpoint paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Wellpoint también paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

Llame al **833-731-2160 (TTY 711)** para más información sobre estos beneficios.

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Wellpoint organizará servicios de consejería y educación sobre planificación de un embarazo o prevención del embarazo. Puede llamar a su proveedor de atención primaria para obtener ayuda o vaya a cualquier proveedor de planificación familiar de Medicaid. Un médico no puede requerir el consentimiento de los padres para que los menores reciban servicios de planificación familiar y debe mantener el uso de planificación familiar confidencial.

¿Necesito una remisión para esto?

No necesita una remisión de su médico.

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

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en healthytexaswomen.org/family-planning-program, o puede llamar a Wellpoint al **833-731-2160** para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

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

Administración de casos para mujeres embarazadas y niños

¿Necesita ayuda para encontrar y recibir servicios? Quizás un administrador de casos pueda ayudarle.

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

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

- Tienen problemas de salud, o

- Corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

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

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

- Recibir servicios médicos y dentales.
- Obtener artículos o equipo médicos.
- Trabajar en asuntos escolares o educativos.
- Tratar otros problemas.

¿Cómo puede obtener un administrador de casos?

Comuníquese con Wellpoint para obtener más información o llame a Pasos Sanos de Texas al **877-847-8377** (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

- Wellpoint Teléfono de administración de casos: **833-731-2160 (TTY 711)**
- Sitio web de Wellpoint: **wellpoint.com/tx/medicaid**

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

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

Pasos Sanos de Texas le brinda al niño:

- Exámenes médicos periódicos gratis, a partir del nacimiento.
- Exámenes dentales gratis a partir de los 6 meses.
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtener estos servicios.

Los exámenes de Pasos Sanos de Texas:

- Encuentran problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Evitan problemas de salud que dificultan que su hijo aprenda y crezca como otros niños de su edad.
- Ayudan a su hijo a tener una sonrisa sana.

Cuándo programar un chequeo:

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

Si el doctor o dentista encuentra un problema de salud durante un examen, su hijo puede recibir la atención que necesita; por ejemplo:

- Exámenes de la vista y anteojos.
- Pruebas de la audición y audífonos.
- Servicios dentales.
- Otros tipos de atención médica.
- Tratamiento de otros padecimientos médicos.

Llame a Servicios para Miembros de Wellpoint al **833-731-2160 (TTY 711)** o gratis a Pasos Sanos de Texas al 877-847-8377 (877-THSTEPS) si usted:

- Necesita ayuda para encontrar a un doctor o dentista.
- Necesita ayuda para programar un chequeo.
- Tiene preguntas sobre los exámenes o sobre Pasos Sanos de Texas.
- Necesita ayuda para encontrar y recibir otros servicios.

Si no tiene cómo llevar a su hijo al chequeo, Medicaid tal vez pueda ayudar. Los niños con Medicaid y sus padres reciben transporte gratis de ida y vuelta al doctor, dentista, hospital o a la farmacia.

¿Cómo y cuándo recibo chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas?

Los miembros de 18 a 20 años, deben hacerse un chequeo de Pasos Sanos de Texas cada año. Asegúrese de hacer una cita e ir a su médico cuando esté programado. Estos chequeos ayudan a evitar problemas de salud encontrándolos antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar. Si necesita ayuda para encontrar un médico y hacer una cita, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Tiene que ser mi médico parte de la red de Wellpoint?

Usted puede ver a cualquier proveedor de Pasos Sanos de Texas para estos chequeos. El proveedor de Pasos Sanos de Texas no tiene que estar en el plan Wellpoint.

¿Necesito tener una remisión?

Usted puede recibir atención de Pasos Sanos de Texas sin una remisión.

¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?

Si no puede ir a su cita, debe llamar a su médico y cancelar. Puede hacer una nueva cita cuando llama.

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad en la fecha de la visita de Pasos Sanos de Texas?

Si está fuera de la ciudad y tiene una visita de Pasos Sanos de Texas, llame al consultorio de su médico o a Servicios para Miembros para que le ayuden.

¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?

Permanecer sanos significa recibir chequeos regulares. Use el cuadro a continuación para asegurarse de estar al día con sus exámenes anuales de bienestar.

Programa de visitas de bienestar para miembros adultos

TIPO DE EXAMEN	¿QUIÉN LO NECESITA?	¿CUÁN FRECUENTE?
Visita de bienestar	Mayores de 21 años	Cada año
Examen pélvico	Mujeres de 18 años en adelante	Cada año
Papanicolaou	Mujeres de 21 a 29 años	Solo prueba de Papanicolaou: cada 3 años
	Mujeres de 30 a 65 años	Solo prueba de Papanicolaou: cada 3 años Análisis conjunto de prueba de Papanicolaou/virus del papiloma humano (VPH): cada 5 años
Examen clínico de mamas	Mujeres de 20 a 39 años	Cada 3 años
	Mujeres de 40 años en adelante	Cada año
Autoexamen de mamas	Mujeres de 20 años en adelante	Una vez al mes
Mamografías (radiografía de mamas)	Mujeres de 40 años en adelante	Cada año o según lo recomiende su médico
Análisis de sangre oculta en las heces	Mayores de 50 años	Cada año
Sigmoidoscopia y Examen rectal digital (DRE)/Antígeno específico de la próstata (PSA) o colonoscopia y DRE/PSA	Mayores de 50 años	Cada 5 años

¿Qué debo hacer si pierdo mi visita de bienestar o el chequeo de Pasos Sanos de Texas?

Si usted no acude a una visita de bienestar o Pasos Sanos de Texas a tiempo, haga una cita con su médico lo antes posible. Si necesita ayuda para programar la cita, llame a Servicios para Miembros. Organizaremos una llamada de conferencia con usted y su médico. También puede iniciar sesión en el sitio web seguro en wellpoint.com/tx/medicaid para enviarnos un correo electrónico y nosotros haremos el resto.

SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)

¿Qué son los servicios de NEMT?

Los servicios de NEMT proporcionan transporte a las citas médicas que no son de emergencia para los miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen los traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares en los que usted recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen los viajes en ambulancia.

¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT?

- Pases o boletos para transporte, como el transporte público en y entre ciudades o estados, incluyendo el tren o el autobús.
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte a la demanda, que es el transporte desde su casa al lugar de la cita en autobús privado, minivan o automóvil, incluidos los vehículos accesibles para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso del millaje para un participante a cargo del transporte individual (ITP) por un viaje verificado y completo a un servicio médico cubierto. El ITP puede ser usted, un responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo de las comidas relacionadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. La tarifa diaria de las comidas es de \$25 por día para usted y \$25 por día para un acompañante aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo del alojamiento relacionado con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. Los servicios de alojamiento se limitan a la estancia de una noche y no incluyen los servicios utilizados durante la estancia, como llamadas telefónicas, servicio de habitaciones o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios de NEMT autorizados.

Si necesita que un acompañante viaje a su cita con usted, servicios de NEMT cubrirá los gastos de transporte de su acompañante.

Cómo obtener transporte

Su MCO le proporcionará información sobre cómo solicitar servicios de NEMT. Debe solicitar los servicios NEMT con la mayor anticipación posible, y al menos dos días hábiles antes de necesitar el servicio de NEMT. Solo en determinadas circunstancias, podrá solicitar el servicio NEMT con menos anticipación. Estas circunstancias incluyen la recogida después de recibir el alta de un hospital; los viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y los viajes por problemas de salud urgentes. Un problema de salud urgente es aquel que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o doloroso como para requerir tratamiento en un plazo de 24 horas.

En caso de cancelación de la cita médica, deberá notificar a su MCO tan pronto como sea posible antes del viaje aprobado y programado.

Si tiene una emergencia y necesita transporte, llame al 911 para pedir una ambulancia.

También puede consultar la sección **¿Qué es atención médica de emergencia?** de este manual para saber más.

¿Qué pasa si no puedo ser transportado por taxi, camioneta u otros vehículos estándares para ir a citas de cuidado médico?

Si usted tiene una condición médica que ocasiona que necesite una ambulancia para llevarlo a citas de cuidado médico, su médico puede enviar una solicitud a Wellpoint. Para obtener más información acerca de cómo puede su médico enviar una solicitud, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Si necesita una ambulancia para una emergencia, su médico no tiene que enviar una solicitud.

¿Cómo recibo servicios de cuidado de los ojos?

Usted tiene beneficios de cuidado de los ojos. No necesita una remisión de su médico para estos beneficios. Llame a Superior Vision of Texas al 800-428-8789 si necesita ayuda para encontrar un oculista (optometrista) del plan cerca de usted.

Los adultos jóvenes de 18 a 20 años obtienen cobertura para un examen de la vista una vez cada 12 meses y marcos y lentes o lentes de contacto médicamente necesarios cada 24 meses, o cuando de otra forma sea médicamente necesario. Los miembros adultos de 21 años en adelante reciben cobertura para un examen de la vista y marcos y lentes o lentes de contacto médicamente necesarios cada 24 meses.

¿Qué servicios dentales cubre Wellpoint para los niños?

Wellpoint cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de servicio ambulatoria, lo cual incluye, pero no limitado a, 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 provenientes de los dientes o las encías

Wellpoint cubre el hospital, doctores y servicios médicos relacionados de los padecimientos anteriores. Esto incluye los servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia u otros medicamentos.

Wellpoint también es responsable de pagar el tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo ofrece todos los otros servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental de Medicaid del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

- DentaQuest 800-516-0165
- MCNA Dental 800-494-6262
- UnitedHealthcare Dental 877-901-7321

¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi médico? ¿A quién debo llamar para un intérprete?

Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** para decirnos si necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita. Este servicio está disponible para visitas al médico sin costo para usted.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Infórmenos por lo menos 24 horas antes de su cita si necesita un intérprete. Si pide un intérprete menos de 24 horas antes de su cita, aún haremos nuestro mejor esfuerzo para tener un intérprete a su disposición.

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

Llame a Servicios para Miembros si necesita un intérprete cuando hable con su proveedor en su consultorio.

¿Qué pasa si necesito atención de un ginecólogo obstetra? ¿Tengo derecho a escoger un ginecólogo obstetra?

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER

Wellpoint le permite escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su proveedor de atención primaria. El ginecólogo obstetra que escoja debe estar en el plan de Wellpoint.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a servicios del proveedor de atención primaria. Un ginecoobstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año
- Atención relacionada con el embarazo
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer
- Envíos para ver a un especialista de la red

¿Cómo escojo a un ginecólogo obstetra?

No se le exige que escoja un ginecólogo obstetra. Sin embargo, si está embarazada, debe elegir un ginecólogo obstetra para que la atienda. Puede escoger cualquier ginecólogo obstetra enumerado en el directorio de proveedores de Wellpoint o buscar uno en nuestro sitio web en wellpoint.com/tx/medicaid bajo la herramienta **Encontrar cuidado médico (Find Care)**. Si necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Si no escojo un ginecólogo obstetra, ¿tengo acceso directo?

Si no desea acudir a un ginecólogo obstetra, su proveedor de atención primaria puede ser capaz de atender sus cuidados médicos femeninos. Pregunte a su proveedor de atención primaria si puede darle atención de ginecología obstetricia. De no ser así, usted deberá ver a un ginecólogo obstetra. Puede escoger cualquier ginecólogo obstetra enumerado en el directorio de proveedores de Wellpoint o buscar uno en nuestro sitio web en wellpoint.com/tx/medicaid bajo la herramienta **Encontrar cuidado médico (Find Care)**.

¿Necesitaré una remisión?

No necesitará una remisión. Puede ver solo a un ginecólogo obstetra en un mes, pero puede visitar al mismo ginecólogo obstetra más de una vez durante ese mes, de ser necesario.

¿Cuán pronto puedo ser atendida después de contactar a mi ginecólogo obstetra para una cita?

Su ginecólogo obstetra la debe ver en un plazo de dos semanas para su visita inicial. De ser necesario podemos ayudarla a encontrar un ginecólogo obstetra en nuestro plan.

¿Puedo seguir con mi ginecólogo obstetra si él o ella no está con Wellpoint?

En algunos casos, usted podrá seguir acudiendo a un ginecólogo obstetra que no esté en nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Si piensa que está embarazada, llame a su proveedor de atención primaria o al proveedor de ginecología obstetricia inmediatamente. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria.

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Wellpoint a mujeres embarazadas?

Es muy importante que acuda a su médico o ginecólogo obstetra para atención cuando esté embarazada. Esta clase de atención se conoce como atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. Siempre es importante la atención prenatal, aunque ya haya tenido un bebé.

Nuestro programa Cuidando de Mí y de Mi Bebé (Taking Care of Baby and Me®) les brinda a las mujeres embarazadas información sobre salud y recompensas por recibir atención prenatal y de postparto. Se le asigna un administrador de cuidados médicos para que la ayude a recibir la atención y los servicios prenatales que necesite durante el embarazo hasta su chequeo de posparto. Es posible que el administrador de cuidados médicos la llame para ver cómo está y responder preguntas. También puede ayudarla a encontrar recursos prenatales en su comunidad. Para saber más sobre el programa Cuidando de Mí y de Mi Bebé (Taking Care of Baby and Me®), llame a Servicios para Miembros.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con necesidades complejas de cuidado médico. Los enfermeros administradores de cuidados médicos trabajan conjuntamente con estos miembros embarazadas para ofrecer:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico.
- Información sobre servicios y recursos en la comunidad, como transporte, el programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), lactancia materna y consejería.

Nuestros enfermeros trabajan con médicos para ayudar a mantenerla sana y a dar a luz bebés sanos.

My Advocate®

Como parte de Cuidando de Mí y de Mi Bebé (Taking Care of Baby and Me®), usted también es parte de My Advocate el cual brinda educación sobre salud prenatal, posparto y niño sano: por teléfono, la web y la aplicación de teléfono inteligente que es útil y divertida. Conocerá a MaryBeth, la personalidad automatizada de My Advocate. MaryBeth responderá a sus necesidades cambiantes a medida que su bebé crece y se desarrolla.

Puede contar con:

- Educación que puede usar.
- Comunicación con su administrador de casos basada en mensajes de My Advocate en caso de que surjan preguntas o problemas.
- Un programa fácil de comunicaciones.
- Sin costo para usted.

Con My Advocate, su información se mantiene segura y privada. Cada vez que MaryBeth llame, le preguntará su año de nacimiento. No dude en decírselo. Necesita ese dato para asegurarse de estar hablando con la persona correcta.

Ayudar a que usted y su bebé se mantengan sanos

My Advocate le da respuestas a sus preguntas, además de apoyo médico si lo necesita. Habrá una llamada importante de examen médico de diagnóstico seguida por un alcance educativo continuo. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas por teléfono. Si le dice a MaryBeth que tiene un problema, recibirá una llamada de vuelta de un administrador de cuidados médicos. Los temas de My Advocate incluyen:

- Atención para el embarazo y de posparto
- Cuidado de niño sano
- Cuidado dental
- Vacunaciones
- Consejos para una vida sana

Para obtener más información sobre My Advocate, visite myadvocatehelps.com.

Mientras esté embarazada, es especialmente importante cuidar de su salud. Puede recibir alimentos saludables del programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Servicios para Miembros puede darle el número de teléfono del programa WIC más cercano. Solo llámenos.

También le proporcionaremos información educativa en línea en wellpoint.com/tx/medicaid llamada Guía de recursos para el embarazo y más allá (Pregnancy and Beyond Resource Guide).

Cuando está embarazada, debe acudir a su médico o ginecólogo obstetra por lo menos:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.
- Cada dos semanas durante el séptimo y octavo mes.
- Cada semana durante el último mes.

Puede que su médico o ginecólogo obstetra desee que lo visite más a menudo basado en sus necesidades de salud.

Programas de NICU

A los padres de bebés admitidos a la Unidad neonatal de cuidado intensivo (NICU), les ofrecemos el programa Usted y su bebé en la NICU (You and Your Baby in the NICU) y un programa para Trastorno de estrés postraumático en la NICU (NICU PTSD). Los padres reciben educación y apoyo para estar involucrados en el cuidado de sus bebés, visitar la NICU, interactuar con los proveedores de cuidado hospitalario y prepararse para ser dados de alta. Los padres reciben un recurso educativo que detalla estrategias exitosas que pueden usar para trabajar con el equipo de cuidado médico. El programa NICU PTSD busca mejorar los resultados para las familias de los bebés que están en la NICU al detectar y ayudar a hacer remisiones a tratamiento para PTSD en los padres. Este programa apoya a las madres y familias en riesgo de PTSD debido a la experiencia estresante de tener a un bebé en la NICU.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Llámenos al **833-731-2160 (TTY 711)** para saber cuáles centros de maternidad están en nuestro plan.

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

Sí, puede escoger un proveedor de atención primaria para su bebé antes de que este nazca. Llámenos al **833-731-2160 (TTY 711)** para obtener ayuda para encontrar un médico.

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

Para cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé, vaya al enlace **Encontrar cuidado médico (Find Care)** en [wellpoint.com/tx/medicaid](https://www.wellpoint.com/tx/medicaid). Mientras esté ahí, puede buscar uno nuevo en nuestro plan y cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé. Para hacer el cambio en línea, deberá registrarse primero bajo el número de identificación de miembro de su bebé. Una vez que se registre, inicie sesión y actualice el proveedor de atención primaria de su bebé.

También puede llamar a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar uno nuevo. Podemos cambiar el proveedor de atención primaria de su hijo el mismo día que pide el cambio. El cambio entrará en vigencia inmediatamente. Llame al consultorio del proveedor de atención primaria si desea hacer una cita. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros. Le ayudaremos a hacer la cita.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?

El hospital donde nace su bebé debe ayudarla a iniciar el proceso de solicitud de Medicaid para su bebé. Consulte con el trabajador social del hospital antes de irse a casa para asegurarse de que la solicitud esté completa. También debe llamar al 2-1-1 para asegurarse de que la solicitud de su bebé ha sido recibida. Si es miembro de Wellpoint cuando da a luz a su bebé, su bebé será inscrito en Wellpoint en su fecha de nacimiento.

¿Cómo y cuándo le informo a Wellpoint?

Recuerde llamar a Servicios para Miembros de Wellpoint lo más pronto posible para informarle a su administrador de cuidados médicos que ya tuvo al bebé. Necesitaremos información sobre su bebé. Tal vez ya haya escogido un proveedor de atención primaria para su bebé antes de que naciera. De no ser así, podemos ayudarla a escoger un proveedor de atención primaria.

¿Cómo y cuándo le informo a mi trabajador social?

Después de dar a luz a su bebé, llame al 2-1-1 o a su trabajador social de la HHSC para decirle que su bebé ha nacido.

Cuando tenga a un nuevo bebé

Cuando dé a luz a su bebé, usted y el bebé deben quedarse en el hospital por lo menos:

- Cuarenta y ocho horas después de un parto vaginal.
- Noventa y seis horas después de una cesárea

Puede quedarse menos tiempo en el hospital si su médico o ginecólogo obstetra y el médico del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé se van del hospital antes de tiempo, su médico puede pedir que visite el consultorio o que un enfermero la visite en su casa en un plazo de 48 horas.

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

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

Programa de Salud para la Mujer de Texas

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

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

Healthy Texas Women Program
PO Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 800-335-8957
Sitio web: texaswomenshealth.org
Fax: (gratis): 866-993-9971

Programa Atención Primaria de Salud del DSHS

El Programa Atención Primaria de Salud del DSHS atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir la misma atención por medio de un seguro u otro programa. Para recibir servicios por medio de este programa, los ingresos de las personas no deben exceder los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Las personas aprobadas para recibir servicios tendrán que pagar un copago, pero a nadie se le niega los servicios por falta de dinero.

La Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de enfermedades y la detección e intervención tempranas de problemas de salud. Los servicios principales que se prestan son:

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

Los servicios secundarios que se podrían prestar son servicios de nutrición, pruebas de detección, atención médica en casa, servicios dentales, transporte a las citas médicas, medicamentos que ordena el doctor (medicamentos recetados), equipo médico duradero, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies (servicios de podología) y servicios sociales.

Usted podrá solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en txclinics.com.

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

Sitio web: dshs.state.tx.us/phc

Teléfono: 512-776-7796

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

Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS

El programa Atención Primaria de Salud Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o más cuyos ingresos no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por el DSHS. Los trabajadores comunitarios de salud ayudan a asegurar que las mujeres reciban los servicios de prevención y detección que necesitan. Algunas clínicas podrían ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en txclinics.com.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

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

Teléfono: **512-776-7796**

Fax: 512-776-7203

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

Programa de Planificación Familiar del DSHS

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

Para encontrar una clínica en su región, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en txclinics.com.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Planificación Familiar, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: healthytexaswomen.org/family-planning-program

Teléfono: **512-776-7796**

Fax: 512-776-7203

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

¿A quién debo llamar si tengo necesidades de cuidado médico especial y necesito a alguien que me ayude?

Los miembros con discapacidades, necesidades de cuidado médico especial o condiciones complejas crónicas tienen derecho a acceso directo a un especialista. Este especialista puede ser su proveedor de atención primaria. Llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** para poder coordinar esto.

¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi cuidado médico?

Puede tener a alguien que tome decisiones en su nombre si está demasiado enfermo para tomar decisiones usted mismo. Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160** si le gustaría obtener más información sobre los formularios que necesita.

¿Qué son directivas anticipadas?

Los menores emancipados y los miembros de 18 años en adelante tienen derechos especificados en las leyes de directivas anticipadas. Una directiva anticipada habla sobre la preparación de un testamento vital. Un testamento vital establece que usted posiblemente no desee recibir cuidado médico en caso de que sufra una enfermedad o lesión grave y no se recupere. Para asegurarse de recibir el tipo de cuidado que desea si está muy enfermo para decidirlo usted mismo, puede firmar un testamento vital. Este es un tipo de directiva anticipada. Es un documento escrito que les dice a su médico y a su familia qué tipos de cuidado no desea recibir en caso de que esté muy enfermo o lesionado.

¿Cómo consigo una directiva anticipada?

Puede obtener un formulario de directiva anticipada pidiéndoselo a su médico o llamando a Servicios para Miembros. Los asociados de Wellpoint no pueden ofrecer consejo legal o servir como testigos. De acuerdo con las leyes de Texas, debe tener ya sea dos testigos o notarizar su formulario. Después de completar el formulario, llévelo o envíelo por correo a su médico. Su médico sabrá entonces la clase de cuidado que usted desea recibir.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento después de haber firmado una directiva anticipada. Llame a su médico para retirar la directiva anticipada de su expediente médico. También puede hacer cambios en la directiva anticipada llenando y firmando una nueva.

También puede firmar un documento llamado poder de representación duradero. Este documento le permitirá designar una persona para que tome decisiones por usted, cuando no pueda hacerlo usted mismo. Pregunte a su médico sobre estos formularios.

Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo

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

No pierda sus beneficios de cuidado médico. Podría perder sus beneficios incluso si aún califica. Deberá renovar sus beneficios cada 12 meses. La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le enviará un paquete aproximadamente 60 días antes de la fecha límite, para informarle que es hora de renovar sus beneficios de Medicaid. Este paquete tendrá instrucciones sobre cómo hacer la renovación. Si no renueva sus beneficios antes de la fecha límite, perderá sus beneficios de cuidado médico.

Puede solicitar o renovar los beneficios en línea en YourTexasBenefits.com. Seleccione **Maneje su cuenta o sus aplicaciones (Manage your account or applications)** y programe una cuenta para obtener acceso fácil al estado de sus beneficios.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 2-1-1, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2, o visite la oficina de beneficios de la HHSC que le quede cerca. Para encontrar la oficina más cercana a su hogar, llame al 2-1-1, escoja un idioma y luego seleccione la opción

2, o puede ir a YourTexasBenefits.com y escoger Buscar una oficina (Find an Office) en la parte inferior de la página.

Deseamos que siga recibiendo nuestros beneficios de cuidado médico si todavía califica. Para renovarlos, vaya a YourTexasBenefits.com y seleccione **Maneje su cuenta o sus aplicaciones (Manage your account or applications)**. Siga las instrucciones que se muestran allí para renovar.

Si está inscrita a través del programa sobre el Cáncer de mama y de cuello uterino de Medicaid (MBCC), deberá renovar cada seis meses. Usted deberá enviar:

- Formulario de Verificación del tratamiento, Formulario H1551, completado por el médico que la está tratando
- Formulario H2340 de renovación del programa sobre el MBCC

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis meses, recibirá sus servicios de Medicaid del mismo plan médico que tenía antes de perder su cobertura de Medicaid. También tendrá el mismo proveedor de atención primaria de antes.

¿Qué pasa si recibo una factura de un médico? ¿A quién llamo?

¿Qué información necesitarán?

Presente siempre su tarjeta de identificación de Wellpoint y la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid cuando consulte a un médico, vaya al hospital o se haga exámenes. Incluso si su médico le indicó que asistiera, debe presentar su tarjeta de identificación de Wellpoint y su tarjeta actual de Your Texas Benefits Medicaid para asegurarse de que no se le facturen los servicios cubiertos por Wellpoint. **No tiene que mostrar su tarjeta de identificación de Wellpoint antes de recibir atención de emergencia.** Si recibe una factura, envíela al defensor del miembro de su área de servicio que se encuentre en la ubicación de Wellpoint detallada al frente de este libro con una carta que diga que a usted le han enviado una factura.

En la carta, incluya:

- Su nombre
- Su número de teléfono
- Su número de identificación de Wellpoint.

Si no puede enviar la factura, asegúrese de incluir lo siguiente en la carta:

- El nombre del proveedor del que recibió servicios
- La fecha de servicio
- El número de teléfono del proveedor
- El monto cobrado
- El número de cuenta, si lo conoce

Puede llamarnos al **833-731-2160 (TTY 711)** para obtener ayuda.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Wellpoint al **833-731-2160 (TTY 711)**. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que

llamar a Wellpoint, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Wellpoint, hasta que la HHSC cambie su dirección.

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

Medicaid y el seguro privado

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 al 800-846-7307.

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

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

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS DEL MIEMBRO:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan médico y un proveedor de atención primaria. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan médico y de proveedor de atención primaria.
 - b. Escoger cualquier plan médico que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de proveedor de atención primaria.
 - d. Cambiar de plan médico sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan médico o de proveedor de atención primaria.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.

4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. 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, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan médico o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan médico.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una revisión médica externa y una audiencia imparcial ante el estado del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Pedir una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los siete días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgencia que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica; si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan médico; los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan médico, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan médico no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
10. Tiene el derecho de hacer recomendaciones a los derechos y obligaciones del miembro de su plan médico.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.

- c. Saber qué otras opciones de planes de médico hay en su área.
- 2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan médico y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan médico y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan médico y su proveedor de atención primaria sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan médico y de proveedor de atención primaria, según lo indiquen Medicaid y el plan médico.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
- 3. Tiene que compartir con su proveedor de atención primaria toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
- 4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Responsabilidades adicionales del miembro mientras usa servicios de NEMT:

- 1. Cuando solicite servicios de NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
- 2. Debe seguir todas las normas y reglamentos que afectan a sus servicios de NEMT.
- 3. Debe devolver los fondos anticipados que no haya utilizado. Debe proporcionar un comprobante de que acudió a su cita médica antes de recibir futuros fondos anticipados.
- 4. No debe agredir o acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicite o reciba servicios de NEMT.
- 5. No debe perder los boletos de autobús o las fichas y debe devolver los boletos de autobús o las fichas que no utilizó. Debe utilizar los boletos o las fichas de autobús únicamente para acudir a su cita médica.
- 6. Solo debe utilizar los servicios de NEMT para ir y volver de sus citas médicas.
- 7. Si ha hecho arreglos para un servicio de NEMT pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse lo antes posible con la persona que le ayudó a programar el transporte.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en hhs.gov/ocr.

Usted y sus médicos pueden obtener una copia de estos derechos y responsabilidades por correo, fax o correo electrónico. Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** y pida una copia. También puede descargar una copia de nuestro sitio web accediendo a **Derechos y responsabilidades de los miembros (Member rights and responsibilities)** en wellpoint.com/tx/medicaid bajo **Herramientas y recursos para miembros (Member tools and resources)** en la parte inferior de la página de inicio.

CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO

Algunas veces, necesitamos tomar decisiones sobre cómo cubrimos el cuidado y los servicios. Esto se llama Administración de la utilización (UM). Todas las decisiones de la UM están basadas en sus necesidades médicas y beneficios actuales.

No exhortamos a los médicos a subutilizar los servicios. Y no creamos barreras para recibir cuidado médico. Los proveedores y otras personas implicadas en las decisiones de la UM no reciben ninguna recompensa por limitar o denegar atención. Cuando contratamos, ascendemos o despedimos proveedores o personal, no se basa en la probabilidad de que nieguen beneficios. Los médicos de nuestro plan usan guías de práctica clínica, políticas médicas y los beneficios de su plan para determinar los tratamientos y servicios necesarios.

Cuando usted o su médico pide una atención determinada que necesita aprobación previa, nuestro equipo de revisión de utilización decide si el servicio es médicamente necesario y si es uno de sus beneficios. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o su médico pueden solicitar una apelación.

Para hablar con alguien de nuestro equipo de la UM, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

PROCESO DE QUEJAS

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

Queremos ayudar. Si tiene una queja, llámenos gratuitamente al **833-731-2160 (TTY 711)** para explicarnos su problema. Un representante de Servicios para Miembros de Wellpoint o un defensor del miembro pueden ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **833-731-2160 (TTY 711)**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos pocos días. Wellpoint no puede tomar ninguna medida contra usted en caso de presentar una queja.

¿Puede alguien de Wellpoint ayudarme a presentar una queja?

Sí, un defensor del miembro o representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a presentar una queja ante nosotros o el programa estatal adecuado. Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

Wellpoint contestará su queja en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la recibimos.

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

Puede contarnos sobre su queja llamándonos o escribiéndonos. Le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles después de recibir su queja. Esto significa que tenemos su

queja y hemos comenzado a examinarla. Con nuestra carta, incluiremos un formulario de queja si su queja fue hecha por teléfono. Debe llenar este formulario y enviárnoslo por correo. Si necesita ayuda para llenar el formulario de queja, llame a Servicios para Miembros.

Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su queja. Esta carta le dirá lo que hemos hecho para atender su queja.

Si su queja es acerca de una emergencia actual u hospitalización, se resolverá tan pronto sea necesario para la urgencia de su caso y no más tarde de un día hábil desde cuando recibimos su queja.

¿Cómo presento una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos una vez que haya agotado el proceso de quejas de Wellpoint?

Una vez que haya agotado el proceso de quejas de Wellpoint, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando a la línea gratuita al 866-566-8989. Si quisiera hacer su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

**Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
PO Box 13247
Austin, TX 78711-3247**

Si tiene acceso a la Internet, puede enviar su queja a:
hhs.texas.gov/managed-care-help

Si presenta una queja, Wellpoint no tomará represalias contra usted. Aún estaremos para ayudarle a recibir cuidado médico de calidad.

¿Tengo el derecho de reunirme con un panel de apelación de quejas?

Sí. Si no está conforme con la respuesta a su queja, puede solicitarnos que la volvamos a revisar. Debe solicitar un panel de apelación de quejas por escrito. Escribanos a:

**Member Advocates
Wellpoint
2505 N. Highway 360, Suite 300
Grand Prairie, TX 75050**

Cuando recibamos su solicitud, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles. Esto significa que tenemos su solicitud y hemos comenzado a trabajar en ella. También puede llamarnos al **833-731-2160 (TTY 711)** para pedir un formulario de solicitud de panel de apelación de quejas. Debe completar el formulario y regresárnoslo.

Tendremos una reunión con el personal de Wellpoint, los proveedores del plan médico y otros miembros de Wellpoint para examinar su queja. Trataremos de encontrar un día y una hora para que pueda asistir a la reunión. Puede asistir con alguien a la reunión si lo desea. No es necesario que asista a la reunión. Le enviaremos una carta por lo menos cinco días hábiles antes de la reunión del panel de apelación de quejas. La carta tendrá la fecha, hora y lugar de la reunión. Le enviaremos toda la información que revisará el panel durante la reunión.

Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su solicitud por escrito. En esta carta, se le indicará la decisión final del panel de apelación de quejas. Esta carta también le dará la información que el panel usó para tomar su decisión.

PROCESO DE APELACIONES

¿Qué puedo hacer si mi médico pide un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero Wellpoint lo deniega o limita?

En ocasiones, es posible que digamos que no pagaremos parcial ni totalmente el cuidado que ha sido recomendado. Usted tiene derecho a pedir una apelación. Una apelación es cuando usted o su representante designado pide a Wellpoint que considere nuevamente el cuidado recomendado por su médico y cuyo pago manifestamos que no cubriríamos. Un representante designado puede ser un familiar, su proveedor, un abogado, un amigo o cualquier persona que usted elija.

Si le pide a alguien (un representante designado) que presente una apelación en su nombre, también debe enviar una carta a Wellpoint para informarnos que ha elegido a una persona para que lo represente. Wellpoint debe tener esta carta por escrito para poder considerar a esta persona como su representante. Hacemos esto por su privacidad y seguridad.

Puede apelar nuestra decisión de forma oral o por escrito:

- Puede llamar a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.
- Puede enviarnos una carta o el formulario de solicitud incluido con nuestra carta de decisión a:
Wellpoint Appeals
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

¿Cómo sabré si los servicios son denegados?

Si denegamos servicios, le enviaremos una carta al momento en que se realice la denegación.

¿Cuáles son los plazos de tiempo para el proceso de apelación?

Usted o un representante designado puede presentar una apelación. Debe hacerlo en un plazo de 60 días de la fecha de la primera carta de Wellpoint en la que se le informe que no pagaremos o cubriremos todo o parte del cuidado recomendado.

Cuando recibamos su carta o llamada, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles. Esta carta le informará que recibimos su apelación. También le informaremos si necesitamos cualquier otra información para procesar su apelación. Wellpoint se pondrá en contacto con su médico si necesitamos información médica sobre el servicio.

Un médico que no haya visto el caso antes examinará su apelación. Este decidirá cómo debemos manejar la apelación.

Le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación. Lo haremos en un plazo de

30 días calendario desde cuando recibamos su apelación, a menos que necesitemos más información de usted o de la persona que pidió presentar la apelación en su nombre. Si necesitamos más información, podemos extender el proceso de apelación por 14 días si el retraso es para su beneficio. Si hacemos esto, le informaremos por escrito el motivo del retraso. También puede pedirnos que extendamos el proceso en caso de que cuente con más información que debamos considerar.

¿Cómo puedo continuar recibiendo servicios que ya estaban aprobados?

Usted tiene 60 días para presentar una apelación desde la fecha de nuestra carta de decisión. Para continuar recibiendo servicios que ya han sido aprobados por Wellpoint, pero que pueden formar parte de la razón de su apelación, debe presentar una solicitud para continuación de beneficios en o antes de la fecha posterior de:

- Diez días después de que le enviemos por correo el aviso para informarle que no pagaremos o cubriremos el cuidado, en parte o en su totalidad.
- La fecha en que el aviso dice que el servicio terminará.

Si la decisión sobre su apelación sostiene nuestra primera decisión, se le puede pedir que pague por los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Si la decisión sobre su apelación revierte nuestra primera decisión, Wellpoint pagará por los servicios que recibió mientras su apelación estaba pendiente.

¿Puede alguien de Wellpoint ayudarme a presentar una apelación?

Sí, un defensor del miembro o representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a presentar una apelación ante Wellpoint o el programa estatal adecuado. Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?

Sí, usted puede pedir una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal después de que se complete el proceso de apelación interno de Wellpoint. Su solicitud debe realizarse dentro de 120 días a partir de la fecha de nuestra carta de decisión de la apelación. No se puede solicitar una revisión médica externa sin una audiencia imparcial estatal, pero puede revocar su solicitud para una audiencia después de que haya obtenido la decisión de la revisión médica externa.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?

Sí. Usted puede pedir una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa después de que se complete el proceso de apelación interno de Wellpoint. Su solicitud debe realizarse dentro de 120 días a partir de la fecha de nuestra carta de decisión de la apelación.

Consulte las siguientes secciones, **Apelaciones de emergencia**, **Audiencias imparciales estatales** e **Información sobre la revisión médica externa**, para obtener más información.

APELACIONES DE EMERGENCIA

¿Qué es una apelación de emergencia?

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

¿Cómo pido una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

Usted o la persona a la que pide que presente una apelación en su nombre (un representante designado) puede solicitar una apelación de emergencia. Puede solicitar una apelación de emergencia de forma oral o por escrito, ya sea al:

- Llamar a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.
- Enviar una carta o el formulario de solicitud incluido con nuestra carta de decisión a:
Wellpoint Appeals
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?

Después de que recibamos su carta o llamada y estemos de acuerdo con que su solicitud debe ser acelerada, le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación. Lo haremos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Si su apelación es acerca de una emergencia u hospitalización en curso, le llamaremos con una respuesta dentro de un día hábil o 72 horas, lo que sea más pronto. También le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación dentro de 72 horas.

¿Qué pasa si Wellpoint deniega la solicitud de una apelación de emergencia?

Si no estamos de acuerdo con que su solicitud de apelación debe ser acelerada, lo llamaremos de inmediato. Le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario para informarle la forma en que se tomó la decisión y que su apelación será revisada según el proceso de revisión estándar.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

Un defensor del miembro o un representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar una apelación de emergencia. Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal?

Si como miembro del plan médico, usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan médico, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan

médico con el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si quiere refutar una decisión tomada por el plan médico, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días de la fecha de la carta de decisión la apelación interna del plan médico. Si no pide la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial estatal. Para pedir una audiencia imparcial estatal, usted o su representante debe enviar una carta a Wellpoint a:

**State Fair Hearing/EMR Coordinator
Wellpoint
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429**

O puede llamar a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico le denegó o redujo, basado en los servicios previamente autorizados, por lo menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal, si pide una audiencia imparcial estatal dentro de 10 días después de la fecha en que el plan médico envió por correo la carta con la decisión de la apelación interna. Si no pide una audiencia imparcial estatal antes de esta fecha, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará.

Si pide una audiencia imparcial estatal, 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 podrá explicar por qué necesita el servicio que el plan médico le denegó.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le dará la decisión final a más tardar 90 días de la fecha en que pidió la audiencia imparcial estatal.

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Si cree que esperar hasta que se llegue la fecha de la audiencia imparcial estatal pondría en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento, usted o su representante puede solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando al Wellpoint. Para llenar los requisitos para una audiencia imparcial estatal de emergencia por medio de la HHSC, primero tiene que completar el trámite de apelación interna de Wellpoint.

INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?

Si como miembro del plan médico, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan, tiene el derecho de pedir una revisión médica externa. La revisión médica externa es un paso opcional y adicional que el miembro puede tomar para que se revise el caso antes de que se celebre la audiencia imparcial estatal. El miembro puede nombrar a alguien para que lo represente comunicándose con el plan médico por escrito y dando el nombre de la persona que el miembro quiere que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del miembro. El miembro o su representante debe solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que el plan médico envíe la carta con la decisión de la apelación interna. Si el miembro no solicita la revisión médica externa en

un plazo de 120 días, puede perder su derecho a una revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o su representante pueden:

- Llenar *Solicitud de audiencia imparcial estatal y revisión médica externa* que se adjunto a la carta de notificación al miembro de la decisión de apelación interna de la MCO y envíelo por correo o por fax a Wellpoint usando la dirección o el número de fax que aparecen en la parte superior de la solicitud; o
- Llamar a la Wellpoint al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Si el miembro solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días del momento en que el plan médico envía por correo la carta de decisión de la apelación, el miembro tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico denegó, basado en los servicios previamente autorizados, por lo menos hasta que se haya tomada una decisión final sobre la audiencia imparcial estatal. Si el miembro no solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días desde el momento en que el plan médico envía por correo la carta de decisión de la apelación, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará.

El miembro puede retirar su solicitud de una revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de Revisión Independiente o mientras esta organización esté evaluando la solicitud de la revisión médica externa. Una Organización de Revisión Independiente es una organización de terceros contratada por la HHSC que realiza las revisiones médicas externas durante los trámites de apelación de los miembros relacionados con las determinaciones adversas de beneficios basadas en necesidades funcionales o médicas. Una revisión médica externa no se puede retirar si una Organización de Revisión Independiente ya terminó la revisión y tomó una decisión.

Una vez recibida la decisión de la revisión médica externa, el miembro tiene derecho a retirar la solicitud de una audiencia imparcial estatal. El miembro puede retirar una solicitud de audiencia imparcial estatal oralmente o por escrito comunicándose con el oficial de audiencias indicado en el Formulario 4803, Aviso de audiencia.

Si el miembro prosigue con el trámite de la audiencia imparcial estatal y la decisión que se toma es diferente a la decisión de la Organización de Revisión Independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal es la definitiva. La decisión de la audiencia imparcial estatal solo puede exigir que los beneficios sigan al mismo nivel o aumenten con respecto a la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar la decisión de la revisión médica externa estándar pondría en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento, usted, uno de sus padres o su representante legalmente autorizado puede pedir una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal escribiendo o llamando a Wellpoint. Para llenar los requisitos para una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia por medio de la HHSC, primero tiene que completar el trámite de apelación interna de Wellpoint.

¿CÓMO INFORMO UN SUPUESTO ABUSO, MALTRATO, DESCUIDO O EXPLOTACIÓN?

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluso estar libre de abuso, maltrato, descuido y explotación.

¿Qué es abuso, maltrato, descuido y explotación?

- El **abuso o maltrato** es daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir estos daños.
- El **descuido** causa hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc. El descuido también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.
- La **explotación** es el mal uso de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye cobrar cheques de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar propiedad y otros recursos.

Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación

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

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

Informe por teléfono (si no es una emergencia) – las 24 horas del día, los siete días de la semana, gratis

Informe a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al 800-458-9858 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuido o explotación vive en o recibe servicios de alguno de los siguientes:

- Un centro para convalecientes
- Un centro de asistencia con la vida diaria
- Un centro de cuidado de adultos durante el día
- Un proveedor de cuidado temporal de adultos con licencia, o
- Una agencia de servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o una Agencia de servicios de salud en casa

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

Informe al DFPS sobre cualquier otra sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación llamando al 800-252-5400.

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a txabusehotline.org. Este es un sitio web seguro. Usted tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos por una contraseña.

Información útil al presentar un informe

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

INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico en una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción.

Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de Medicaid.
- Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea directa de la Fiscalía General (OIG) al 800-436-6184.
- Visite oig.hhs.texas.gov y seleccione “Denunciar fraude (Report Fraud)” para llenar una forma en línea.
- Denuncie directamente a su plan médico:

Compliance Officer

Wellpoint

2505 N. Highway 360, Suite 300

Grand Prairie, TX 75050

800-839-6275

Otras opciones de denuncia incluyen:

- Línea directa de investigaciones especiales de fraude: 866-847-8247 (la denuncia puede ser anónima)
- Servicios para Miembros de Wellpoint: **833-731-2160**

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

- Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:
 - El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
 - El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)
 - El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
 - El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
 - El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
 - Las fechas de los sucesos
 - Un resumen de lo ocurrido
- Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:
 - El nombre de la persona

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

ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

¿Qué hace la administración de la calidad por usted?

El programa de Administración de la Calidad de Wellpoint está aquí para asegurarnos de que usted sea atendido. Revisamos servicios que usted ha recibido para verificar si usted está recibiendo el mejor cuidado médico preventivo. Si tiene una enfermedad crónica, revisamos si usted está recibiendo ayuda para manejar su condición.

El departamento de Administración de la calidad desarrolla programas para ayudarle a saber más acerca de su cuidado médico. Tenemos equipos de alcance para miembros para ayudarle a programar citas para el cuidado que necesita y coordinar transporte si lo necesita. Estos servicios son gratuitos porque queremos ayudarle a estar y mantenerse sano.

Trabajamos con los proveedores de nuestro plan para enseñarles y ayudarles a atenderlo. Podría recibir correspondencia nuestra sobre tomar medidas de salud preventiva o manejo de una enfermedad. Queremos que nos ayude a mejorar diciéndonos lo que podemos hacer mejor. Para obtener información acerca de nuestro programa de Administración de la calidad, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Qué son guías de práctica clínica?

Wellpoint usa guías nacionales de práctica clínica para darle su cuidado. Las guías clínicas son estándares de cuidado, científicos y comprobados de reconocimiento nacional. Estas guías son recomendaciones para que los médicos y otros proveedores de cuidados médicos diagnostiquen y manejen su condición específica. Si desea una copia de estas guías, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE UNA VEZ AL AÑO

Como miembro de Wellpoint, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores 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, el número de teléfono y los idiomas que habla (aparte del inglés) de cada proveedor de la red, así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes; y, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, escuela médica a la que asistió, finalización de residencia y estado de certificación del colegio de médicos
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los trámites para hacer una queja, una apelación, una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios; se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho

- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y/o los límites a dichos beneficios
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y/o los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de atención primaria para recibir atención de emergencia
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
 - Las reglas sobre la posestabilización
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de atención primaria no presta.
- Las pautas de práctica de Wellpoint

GUÍA DEL MIEMBRO PARA LOS TÉRMINOS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Término	Definición
Apelación	Una petición de la organización de atención médica administrada para volver a revisar una denegación o querrela.
Queja	Una querrela que usted comunica a su seguro o plan médico.
Copago	Una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.
Equipo médico duradero (DME)	El equipo ordenado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un periodo extendido. La cobertura de DME puede incluir los siguientes artículos, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.
Problema médico de emergencia	Una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.
Transporte médico de emergencia	Servicios de una ambulancia por tierra o aire para atender una afección médica de emergencia.
Atención en la sala de emergencias	Los servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.
Servicios de emergencia	La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.
Servicios excluidos	Los servicios de salud que su seguro o plan médico no paga o cubre.
Querrela	Una queja hecha a su seguro o plan médico.
Servicios y aparatos de habilitación	Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.
Seguro médico	Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.
Atención médica a domicilio	Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.

Servicios para pacientes terminales	Los servicios que proporcionan comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.
Hospitalización	La atención que se da en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y por lo general requiere pasar allí la noche.
Atención a pacientes ambulatorios	La atención que se da en un hospital que normalmente no requiere pasar allí la noche.
Medicamento necesario	Los servicios o artículos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.
Red	Los centros, proveedores y abastecedores a los que su seguro o plan médico ha subcontratado para que ofrezcan servicios de atención médica.
Proveedor no participante	Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.
Proveedor participante	Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.
Servicios de un médico	Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.
Plan	Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.
Autorización previa	La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es medicamento necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés <i>prior authorization</i> , <i>prior approval</i> o <i>pre-certification</i> , debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.
Prima	La cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico.

Cobertura de medicamentos recetados	Un seguro o plan médico que ayuda a cubrir los costos de fármacos y medicamentos recetados.
Medicamentos recetados	Fármacos o medicamentos que, por ley, requieren de receta médica.
Médico de atención primaria	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) que ofrece o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica a un paciente.
Proveedor de atención primaria	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), enfermero especializado en atención primaria, enfermero clínico especializado o médico asistente, como lo permite la ley estatal, que ofrece, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.
Proveedor	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), profesional de la salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.
Servicios y aparatos de rehabilitación	Servicios de atención a la salud como terapia física u ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que se han perdido o dañado porque la persona está enferma, lesionada o discapacitada.
Servicios de enfermería especializada.	Servicios a cargo de enfermeros titulados a domicilio o en un centro de reposo.
Especialista	Un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, contralar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.
Atención urgente.	La atención dada a una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para acudir a la sala de emergencias.

