

Septiembre de 2024

Manual del miembro

STAR+PLUS

Miembros con cobertura de Medicare y Medicaid

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











Wellpoint Manual del miembro de STAR+PLUS

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

Miembros con cobertura de Medicare y Medicaid

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

Septiembre de 2024



Estimado/a miembro:

Bienvenido a Wellpoint. Nos complace que nos haya escogido como su plan médico.

Este manual del miembro le ayuda a entender cómo trabajar con Wellpoint y cómo ayudar a mantener saludable a su familia. También indica cómo obtener cuidado médico cuando lo necesite.

Recibirá su tarjeta de identificación de Wellpoint en unos días. Revise la información de la tarjeta de identificación inmediatamente. Si alguna de la información no es correcta, llámenos al 833-731-2160 (TTY 711). Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con la información correcta. También puede registrarse en línea en wellpoint.com/tx/medicaid para actualizar su dirección.

Queremos conocer su opinión.

- Llame al **833-731-2160 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. hora del Centro si necesita comunicarse con nosotros por algún motivo. Puede hablar con un representante de Servicios para Miembros sobre sus beneficios.
- Si necesita consejos médicos o desea hablar con un enfermero certificado, llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas a la misma línea gratuita, en cualquier momento del día o la noche.
- Puede buscar proveedores de la red con nuestra herramienta del directorio de proveedores en línea. Visite wellpoint.com/tx/medicaid y seleccione el enlace Encontrar cuidado médico (Find Care) para buscar por nombre de proveedor o tipo de especialidad. Hacemos que sea fácil encontrar un médico cerca de usted. Si necesita ayuda para encontrar un médico o quisiera obtener un directorio impreso, llame a Servicios para Miembros.

Gracias nuevamente por ser nuestro miembro. Esperamos trabajar con usted.

WELLPOINT PROGRAMA STAR+PLUS

MANUAL DEL MIEMBRO PARA MIEMBROS CON COBERTURA DE MEDICARE Y MEDICAID

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 ayudarle a recibir el cuidado médico que necesita.

Tabla de contenido

¿Cuáles servicios de cuidado agudo están cubiertos por Medicaid?	12
¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo?	
¿Qué es la coordinación de servicios?	13
Su plan de servicios de Wellpoint	
¿Qué es la verificación electrónica de visita (EVV)?	
¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy en un centro de enfermería?	
¿Qué pasa si Wellpoint no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?	
¿Qué servicios no están cubiertos?	
¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Wellpoint?	
¿Qué clases de educación sobre salud ofrece o le ayuda a encontrar Wellpoint?	21
Cuidado de Condiciones	
¿Qué es la administración de casos complejos?	23
¿Qué es un Miembro con necesidades de cuidado médico especial?	
¿Qué otros servicios puede Wellpoint ayudarme a recibir?	24
CUIDADO MÉDICO Y OTROS SERVICIOS	25
¿Qué significa médicamente necesario?	
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?	
¿Qué es atención médica de rutina?	
¿Qué es la atención médica urgente?	
¿Qué es atención médica de emergencia?	27
¿Que es la posestabilización?	27
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	
¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi proveedor de servicios y apo	
a largo plazo?	28
SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)	
¿Qué pasa si estoy embarazada?	
¿Qué es la administración de casos para niños y embarazadas?	
¿Cómo informo un supuesto abuso, descuido o explotación?	51
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi atención médica?	70
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	
Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo	
¿Qué pasa si recibo una factura de mi médico? ¿A quién llamo?	
¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy	55
recibiendo Medicare y Medicaid?	33
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	
¿Qué pasa si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	37 34
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de Wellpoint?	
· ·	
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	3/
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?	57
¿Qué son guías de práctica clínica?	
PROCESO DE QUEJAS	37
¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién llamo?	37
PROCESO DE APELACIÓN	38
¿Qué puedo hacer si mi médico pide un servicio o medicamento para mí que está cubiert	
pero Wellpoint lo deniega o limita?	72

¿Cómo sabré si los servicios son denegados?	39
¿Cuáles son los plazos de tiempo para el proceso de apelación?	
¿Cómo puedo continuar recibiendo servicios que ya estaban aprobados?	
Puede alguien de Wellpoint ayudarme a presentar una apelación?	39
¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?	40
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?	40
APELACIONES DE EMERGENCIA	40
¿Qué es una apelación de emergencia?	
	40
¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?	40
¿Qué pasa si Wellpoint deniega la solicitud de una apelación de emergencia?	
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	41
AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES	41
¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal?	41
INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA	42
¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?	
FRAUDE Y ABUSO	43
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	
INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE	44
GUÍA DEL MIEMBRO PARA LOS TÉRMINOS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA	45

BIENVENIDO A WELLPOINT

Información sobre su nuevo plan médico

Bienvenido a Wellpoint. Somos una organización de atención administrada y deseamos ayudarle a recibir el cuidado adecuado cerca de su casa. Wellpoint STAR+PLUS proporciona sus servicios y apoyos a largo plazo a través del programa Texas Medicaid. Los miembros de Wellpoint en el Área de Servicio Rural de Medicaid son atendidos por Wellpoint Insurance Company. Todos los otros miembros de Wellpoint en Texas son atendidos por Wellpoint Texas, Inc. Tenemos una amplia red de proveedores, para que pueda recibir el cuidado que necesita, del médico de su elección. Para averiguar acerca de proveedores en su área, visite wellpoint.com/tx/medicaid o póngase en contacto con Servicios para Miembros al 833-731-2160 (TTY 711).

Nuestros registros muestran que usted recibe su cuidado regular (cuidado agudo) de su proveedor de atención primaria de Medicare. Usted recibe sus medicamentos recetados a través de un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o un Plan Medicare Advantage que incluye cobertura de recetas de la Parte D. Usted podría haber escogido un Plan Medicare Advantage de Wellpoint para sus beneficios de Medicare. Si está inscrito en uno de nuestros planes Medicare Advantage, consulte la Evidencia de Cobertura para ver detalles completos sobre sus beneficios de Medicare y medicamentos recetados y cómo funcionan junto con sus beneficios de Medicaid. Si tiene cobertura de Medicare con otra aseguradora de Medicare, refiérase al manual y la información que ellos le enviaron.

Su manual del miembro de Wellpoint

Este manual le ayudará a entender su plan médico de Wellpoint y los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo de STAR+PLUS Medicaid que recibe de nosotros. Sus beneficios de Wellpoint son sus beneficios de STAR+PLUS Medicaid y los beneficios de valor agregado adicionales que recibe por ser nuestro miembro. Usted pudiese recibir sus beneficios de Medicare de nosotros o de otro plan médico. Usted debe tener información que le envió su plan de Medicare para sus beneficios de Medicare.

Si tiene preguntas acerca de cualquier cosa que lea en este libro, llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros. También puede solicitar este manual en formato con 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

- Servicios y apoyos a largo plazo
- Coordinación de servicios y acceso a servicios
- Lo que debe hacer en una emergencia o crisis
- Tipos especiales de cuidado médico
- Vida saludable
- Quejas y apelaciones médicas
- Derechos y responsabilidades

Para los miembros que no hablan inglés, podemos ayudarles 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 obtener más información.

Para miembros que son sordos o tienen problemas auditivos, llame al **711**. Si necesita a alguien que conozca el lenguaje de señas para ayudarle 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 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 urgente (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 nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al 833-731-2160 (TTY 711) para pedir consejos en cualquier momento, de día o de noche.

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Wellpoint

La Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas está disponible para todos los miembros 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.
- Qué debe hacer para 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.

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

Llame al número gratuito de nuestra línea de Servicios de NEMT si no tiene transporte a servicios médicos cubiertos. Estos servicios incluyen traslados al médico, dentista, farmacia,

hospital y otros lugares donde usted reciba servicios de Medicaid. Los servicios de NEMT no incluyen viajes en ambulancia.

Wellpoint usará nuestro proveedor de transporte, Access2Care, para coordinar 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 que son 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 **Como obtener transporte** 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 traslado? (Where's My Ride?) para averiguar el estado de su traslado. 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 traslado programado.

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

Otros números de teléfono importantes

800-414-3406
877-782-6440
866-566-8989
800-516-0165 800-494-6262 877-901-7321

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE WELLPOINT

¿Qué información está en mi tarjeta de identificación de Wellpoint?

Si todavía no tiene su tarjeta de identificación de Wellpoint, pronto la recibirá. Llévela con usted en todo momento. 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.

Ya que usted está inscrito en Wellpoint solo para recibir servicios y apoyos a largo plazo de STAR+PLUS, muestre su tarjeta de identificación de Wellpoint a cualquier proveedor de servicios y apoyos a largo plazo al que acuda. Ningún médico de atención primaria estará listado en la tarjeta porque su cuidado regular (agudo) está cubierto a través de Medicare.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage de Wellpoint, tendrá una tarjeta de identificación para presentar a sus proveedores. Debe usar su tarjeta de identificación de

Medicare Advantage de Wellpoint para recibir servicios cubiertos. Su tarjeta de identificación les dirá a los proveedores que usted tiene Medicare, Medicaid y cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D a través de Wellpoint. Si su cobertura de Medicare es con otra aseguradora de Medicare, usted tendrá una tarjeta para ellos.



Fecha efectiva: Fecha de nacimiento:

No. de suscriptor: 123456789 Tipo de cobertura: STAR+PLUS

WELLPOINT TEXAS, INC. wellpoint.com/tx/medicaid

Nombre del miembro: JOHN Q SAMPLE

Número de Medicaid:

Coordinación de servicios de Wellpoint: 1-833-731-2160 Farmacia Miembro Servicios: 1-833-235-2022

LONG-TERM SERVICES AND SUPPORTS BENEFITS ONLY

You receive primary, acute, and behavioral health services through Medicare. You receive only long-term services and supports through Wellpoint. SOLO BENEFICIOS DE SERVICIOS Y APOYOS A LARGO PLAZO Usted recibe servicios de cuidado primario, aguda y del comportamiento a través de Medicare. Solo recibe servicios y apoyos a largo plazo a través de Wellpoint.

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



Fecha efectiva:

Fecha de nacimiento:

No. de suscriptor: 123456789 Tipo de cobertura: STAR+PLUS

WELLPOINT INSURANCE COMPANY wellpoint.com/tx/medicaid

wellpoint.com/tx/medicard

Nombre del miembro: JOHN Q SAMPLE

Número de Medicaid:

Coordinación de servicios de Wellpoint: 1-833-731-2160

Farmacia Miembro Servicios: 1-833-235-2022



LONG-TERM SERVICES AND SUPPORTS BENEFITS ONLY
You receive primary, acute, and behavioral health services through Medicare.
You receive only long-term services and supports through Wellpoint.
SOLO BENEFICIOS DE SERVICIOS Y APOYOS A LARGO PLAZO
Usted recibe servicios de cuidado primario, aguda y del comportamiento a través de
Medicare. Solo recibe servicios y apoyos a largo plazo a través de Wellpoint.

¿Cómo leo mi tarjeta de identificación de Wellpoint STAR+PLUS?

La tarjeta le informa a los proveedores y hospitales de servicios y apoyos a largo plazo que usted es miembro de Wellpoint. También les dice que Wellpoint pagará los beneficios listados en la sección **Mis beneficios**.

Su tarjeta de identificación de Wellpoint muestra la fecha en que usted se hizo miembro de Wellpoint. También 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.

¿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.

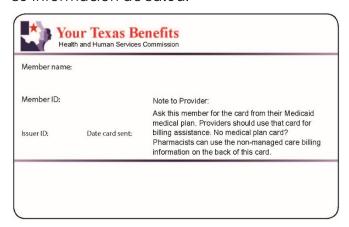
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

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 debidamente protegida, tal y como lo hace con la licencia de manejar o las tarjetas de crédito. Cuando usted vaya a una cita médica, el consultorio puede usar la tarjeta para verificar que usted es beneficiario de Medicaid.

Recibirá una sola tarjeta; solo en caso de que la pierda o se la roben recibirá una nueva. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando sin costo al **800-252-8263**, o pedir e imprimir una tarjeta temporal por internet en YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, llame sin costo al **800-252-8263** para informarse. También puede llamar al 2-1-1. Seleccione un idioma primero y después oprima el 2.

Su información de salud consta de una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted ha recibido a través de Medicaid. Compartimos esa información con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita usted. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin costo al 800-252-8263; o bien, visite YourTexasBenefits.com y elija no compartir su información de salud.



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

- Su nombre y número de identificación de Medicaid
- La fecha en que se le envió la tarjeta
- El nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito si recibe:
 - o Medicare (QMB, MQMB)
 - o Programa Healthy Texas Women (HTW)
 - o Atención para pacientes terminales
 - o Programa STAR Health
 - o Medicaid de Emergencia, o
 - o Presunción de derecho a beneficios (PE) para mujeres embarazadas
- Los datos que la farmacia necesita para enviar el cobro a Medicaid

• Si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in), el nombre de su médico y farmacia

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 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 HHSC. Para encontrar su oficina local de beneficios 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 también se llama médico de familia. Él o ella se familiarizarán con usted y su historial de salud para ayudarle a recibir el mejor cuidado posible. Él o ella también lo enviarán a especialistas, otros médicos u hospitales cuando necesite cuidado o servicios especiales.

Ya que usted tiene cobertura de Medicare, su cuidado regular (agudo) está cubierto a través de su plan de Medicare. Usted elige un proveedor de atención primaria con su plan de Medicare. Vea la Evidencia de Cobertura de su plan de Medicare para entender el rol de un proveedor de atención primaria, quién puede ser un proveedor de atención primaria, cómo cambiar su proveedor de atención primaria y cómo recibir cuidado.

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

Cuando vaya al consultorio de su médico para su cita, lleve:

- Su tarjeta de identificación regular de Medicare o su tarjeta de identificación del plan Medicare Advantage.
 - o Si su plan de Medicare es un plan Medicare Advantage de Wellpoint, muestre su tarjeta de identificación de Medicare de Wellpoint.
- Su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.
- Cualquier medicamento que esté tomando.
- Sus registros de vacunas.

Su médico debe facturarle al agente fiscal del estado, Texas Medicaid Healthcare Partnership (TMHP), su coseguro y los deducibles de Medicare.

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:

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

- o Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigencia el 1 de mayo.
- o 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 su inscripción podría ser cancelada o retirada de Wellpoint. Estos motivos están enumerados a continuación. Si ha hecho algo que puede ocasionar la cancelación de la inscripción, lo contactaremos. Le pediremos que nos cuente lo que sucedió.

Se podría cancelar su inscripción en Wellpoint si:

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

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?

Como usted tiene Medicare y Medicaid, tiene beneficios para ambos, cuidado regular (agudo) y servicios y apoyos a largo plazo. Sus beneficios de cuidado agudo tales como visitas al médico, hospitalizaciones, medicamentos recetados y servicios de salud conductual están cubiertos por Medicare o el plan de Medicare que usted eligió. Sus beneficios de servicios y apoyos a largo plazo de Medicaid se llaman STAR+PLUS y están cubiertos por Wellpoint. Los beneficios de

servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a vivir en su hogar o su comunidad en lugar de en un centro de cuidado a largo plazo. Los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo pueden incluir ayuda con las tareas domésticas ligeras, preparar las comidas, bañarse y vestirse. Quizá no los necesite en este momento, pero puede obtenerlos si los necesita en el futuro.

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) cobertura básica
- Primera opción comunitaria (CFC) cobertura de nivel medio
- Exención de HCBS STAR+PLUS cobertura de nivel alto para miembros con necesidades complejas

El cuadro a continuación muestra una visión general de los beneficios de Medicare y STAR+PLUS por tipo y categoría de cobertura.

Tipos de servicio	Medicare con beneficio de Otra atención comunitaria (OCC)	Medicare con beneficios de Primera opción comunitaria (CFC)	Medicare con beneficios de la exención de HCBS STAR+PLUS (SPW)
	Servicios de cui	dado agudo	
Servicios médicos (tales como visitas al médico y servicios hospitalarios) y de salud conductual	Medicare o Plan Medicare Advantage	Medicare o Plan Medicare Advantage	Medicare o Plan Medicare Advantage
Medicamentos recetados	Proveedor de medicamentos recetados de la Parte D elegido por el miembro	Proveedor de medicamentos recetados de la Parte D elegido por el miembro	Proveedor de medicamentos recetados de la Parte D elegido por el miembro
Coseguro y deducibles de Medicare	Agente fiscal del Estado (TMHP) para Medicare regular; Plan Medicare Advantage	Agente fiscal del Estado (TMHP) para Medicare regular; Plan Medicare Advantage	Agente fiscal del Estado (TMHP) para Medicare regular; Plan Medicare Advantage

	Servicios y apoyos a largo plazo		
Cuidado primario en el hogar/Servicios de asistente personal	Wellpoint*	Wellpoint*	Wellpoint*

Tipos de servicio	Medicare con beneficios de Otro atención comunitaria (OCC)	Medicare con beneficios de Primera opción comunitaria (CFC)	Medicare con beneficios de la Exención de HCBS STAR+PLUS (SPW)
Servicios de actividades diarias y salud (DAHS)	Wellpoint*	Wellpoint*	Wellpoint*
Cuidado de asistente dirigido por el cliente (incluyendo servicios de administración financiera)	Wellpoint*	Wellpoint*	Wellpoint*
Servicios de enfermería (en el hogar)	Medicare/ Plan Medicare Advantage	Medicare/ Plan Medicare Advantage	Wellpoint* o Medicare/ Plan Medicare Advantage
Adquisición, mantenimiento y mejora de los servicios de habilidades		Wellpoint*	Wellpoint*
Servicios de respuesta de emergencia (botón para llamada de emergencia)		Wellpoint*	Wellpoint*
Servicios dentales			Wellpoint*
Comidas entregadas a domicilio			Wellpoint*
Modificaciones menores en el hogar			Wellpoint*
Ayudas para la adaptación			Wellpoint*
Equipo médico duradero	Medicare/ Plan Medicare Advantage	Medicare/ Plan Medicare Advantage	Wellpoint*
Suministros médicos			Wellpoint*
Terapia física, ocupacional y del habla	Medicare/ Plan Medicare Advantage	Medicare/ Plan Medicare Advantage	Wellpoint*
Atención de tutela temporal para adultos/atención personal en el hogar			Wellpoint*
Vida asistida			Wellpoint*

Tipos de servicio	Medicare con beneficios de Otro atención comunitaria (OCC)	Medicare con beneficios de Primera opción comunitaria (CFC)	Medicare con beneficios de la Exención de HCBS STAR+PLUS (SPW)
Servicios de ayuda a la transición (para miembros que salen de un centro de enfermería) – \$2500 máximo			Wellpoint*
Relevo (con o sin modelos autodirigidos)			Wellpoint*
Dietista/Servicio nutricional			Wellpoint*
Terapia de rehabilitación cognitiva			Wellpoint*
Servicios de administración financiera			Wellpoint*
Consulta/manejo de apoyo		Wellpoint*	Wellpoint*
Asistencia para el empleo			Wellpoint*
Empleo asistido			Wellpoint*

^{*}Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios para averiguar si califica.

¿Cómo recibo estos servicios?

Su proveedor de atención primaria le ayudará a recibir los servicios de cuidado agudo que necesite. Para recibir beneficios de servicios y apoyos a largo plazo o para aprender sobre estos beneficios, llame a su coordinador de servicios de Wellpoint o a Servicios para Miembros al 833-731-2160 (TTY 711). Puede comunicarse con un coordinador de servicios llamando a los números de teléfono en la sección ¿Cómo recibo estos servicios? ¿A quién llamo? bajo ¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo?

¿Hay limitaciones para algún servicio cubierto?

Puede aprender sobre los límites a sus servicios de cuidado agudo de su plan de Medicare llamando al 800-MEDICARE (TTY 877-486-2048), en la Internet en medicare.gov, o en el manual "Medicare y usted" que recibe cada año. Para beneficios de servicios y apoyos a largo plazo, Wellpoint solo ofrece servicios cubiertos por Medicaid de cargo por servicio. Para obtener más detalles sobre beneficios de servicios y apoyos a largo plazo, llame a su coordinador de servicios de Wellpoint o a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Cuánto tengo que pagar para mi cuidado médico?

No tiene que pagar para servicios cubiertos por Medicaid. No tiene que pagar ninguna prima, cargos de inscripción, deducibles, copagos, o costos compartidos para la parte de Medicaid de su cobertura. Para saber más sobre los costos de sus beneficios de Medicare, póngase

en contacto con su plan de Medicare o consulte la información del plan que le enviaron.

¿Cuáles son mis beneficios de cuidado agudo?

Sus beneficios de cuidado agudo están cubiertos a través de Medicare. Usted puede saber más sobre estos beneficios:

- Llamando al 800-MEDICARE (TTY 877-486-2048).
- Accediendo en línea a medicare.gov.
- Leyendo el manual "Medicare y usted" que recibe cada año.
- Leyendo la Evidencia de Cobertura que recibió de su plan de Medicare.

Algunos de sus beneficios de Medicare están enumerados a continuación:

- Servicios del consultorio del proveedor de atención primaria
- Servicios de especialistas cuando sea remitido por su proveedor de atención primaria
- Servicios médicos hospitalarios para paciente internado y ambulatorio
- Servicios de planificación familiar por cualquier proveedor calificado de cuidados médicos
- Cobertura de servicios para el embarazo y el bebé recién nacido
- Servicios de ambulancia en una emergencia
- Tratamiento de servicios de quiropráctica
- Servicios de sala de emergencias y atención de urgencia
- Servicios ambulatorios de salud mental
- Servicios de dependencia de productos químicos ambulatorios
- Servicios de salud mental y dependencia de productos químicos para paciente internado
- Cuidado médico de rutina

También puede recibir servicios de cuidado agudo de Medicaid, incluyendo servicios, suministros y medicamentos y productos biológicos ambulatorios que están disponibles bajo el programa Texas Medicaid cuando:

- Medicaid cubre un servicio que Medicare no cubre.
- Los servicios de Medicare se convierten en gasto de Medicaid cuando se hayan cumplido sus límites de Medicare.

¿Cuáles servicios de cuidado agudo están cubiertos por Medicaid?

Medicaid cubre algunos servicios, suministros y medicamentos que no están cubiertos por Medicare. Estos se llaman servicios envolventes. Estos servicios (como medicamentos) serán cubiertos por Medicaid de cargo por servicio.

¿Cómo recibo estos servicios?

Llame a su médico de atención primaria o a su plan de Medicare para obtener ayuda para recibir servicios de cuidado agudo.

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

Llame a su plan de Medicare o al **800-MEDICARE (TTY 877-486-2048)** si tiene preguntas acerca de sus beneficios regulares de cuidado.

¿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 cómo podemos ayudar. Después de que su servicio haya comenzado, su coordinador de servicios le llamará para ver cómo le está yendo. Usted **debe** hablar con su coordinador de servicios primero antes de recibir cualquier beneficio de servicios y apoyos a largo plazo.

Si necesita beneficios de servicios y apoyos a largo plazo, el tipo de beneficios que puede obtener se basa en su categoría de elegibilidad de Medicaid. En la sección ¿Cuáles son mis beneficios de cuidado médico? se muestra una visión general de los beneficios de Medicare y STAR+PLUS por tipo y categoría de cobertura.

¿Cómo recibo estos servicios? ¿A quién llamo?

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 de West Medicaid
 877-405-9872

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 podría tener con tareas de la vida diaria. También tal vez quiera que un familiar o amigo hable con nosotros.

¿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:

- o Si usted solicita uno.
- o Si determinamos que necesita uno basados en su salud o necesidades de apoyo.

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 el cuidado que reciba sea el adecuado para usted.

La coordinación de servicios puede incluir, entre otros:

- o La identificación de sus necesidades a través de una evaluación
- o La creación de un plan de salud para satisfacer esas necesidades
- o 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
- o El trabajo en equipo junto a usted y su proveedor de atención primaria

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, 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 del 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 obtuvo en el pasado, o podrían ser algo diferentes.

¿Cómo cambio mi plan de servicios 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. Él o ella lo cambiará de ser necesario.

¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?

Cuando se convierte en miembro de Wellpoint por primera vez, el estado nos enviará información sobre su salud y los servicios que ha estado recibiendo de Medicaid. Su coordinador de servicios leerá esta información para informarse más sobre usted. Este coordinador sabrá a cuáles proveedores llamar para estar seguro de que usted siga recibiendo el cuidado adecuado. Él o ella le preguntarán qué tan útiles han sido los servicios de Medicaid. Hablaremos con sus proveedores de Medicaid acerca del cuidado que ha estado recibiendo. 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:

- o Visitarle en su hogar para informarse más sobre sus necesidades y ayudarle a obtener el tipo de cuidado adecuado.
- o Trabajar con usted para crear un plan de servicios que satisfaga sus necesidades.
- o Ayudarle a que usted visite proveedores cuando lo necesite y reciba los servicios que requiere (incluyendo los servicios de salud preventiva adecuados).
- Asegurarse de que todos sus servicios y apoyos a largo plazo se coordinen con sus servicios de cuidado agudo y otros servicios sociales que obtenga fuera de Wellpoint.
- o Ayudarle a obtener autorizaciones para servicios médicamente necesarios.
- o Alentarlo a participar en su cuidado para ayudarle a vivir independientemente.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Puede comunicarse con un coordinador de servicios llamando a los números de teléfono

en la sección ¿Cómo recibo estos servicios? ¿A quién llamo? bajo ¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo? o llamando a Servicios para Miembros al 833-731-2160 (TTY 711).

¿Cómo sé quién es mi coordinador de servicios?

Cuando le asignemos un coordinador de servicios, le enviaremos una carta donde se indique el nombre de este y el 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. Deberá seleccionar el botón Iniciar sesión (Log In) y registrarse para solicitar ver su información personal. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener el nombre y la información de contacto de su coordinador de servicios.

¿Qué es la verificación electrónica de visita (EVV)?

La 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 un teléfono de línea fija en su casa, puede instalar un pequeño dispositivo en su casa para que su asistente pueda registrar con precisión la hora en que comienzan y terminan los servicios. La agencia que le proporciona servicios puede instalar el dispositivo en su casa.

La EVV también se usará para los servicios privados de enfermería. Póngase en contacto con su coordinador de servicios o Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la EVV.

¿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. Sería 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 a domicilio. Estos beneficios incluyen:

- o Servicios de cuidado diario en centro de enfermería.
- o Servicios complementarios de centro de enfermería.
- o Coseguro de Medicare para los servicios de cuidado diario.

Sus beneficios de cuidado agudo, tales como hospitalización, visitas al médico y recetas cubiertas por Medicare, no cambiarán si usted se muda a un centro de enfermería.

¿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 la red, dispondremos que obtenga servicios con un proveedor fuera de la red. Le pagaremos al proveedor fuera de la red de conformidad con las normas estatales. Primero debe llamar a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** con el fin de obtener aprobación para servicios fuera de la red. No tiene que llamarnos para que aprobemos servicios fuera de la red en una emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Para beneficios de servicios y apoyos a largo plazo, Wellpoint solo ofrece servicios que estén cubiertos por Medicaid de cargo por servicio. Para saber más acerca de cuáles servicios de cuidado agudo no están cubiertos por Medicare:

- o Llame al 800-MEDICARE (TTY 877-486-2048).
- o Acceda en línea a medicare.gov.
- o Lea el manual "Medicare y usted" que recibe cada año.
- o Lea la Evidencia de Cobertura de su plan de Medicare.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Use primero su cobertura de Medicare Parte D para recibir sus medicamentos. Si Medicare no cubre sus medicamentos, Medicaid pagará la mayoría de los que su médico diga que necesita.

¿Qué pasa si también tengo Medicare?

Medicare Parte D cubre la mayoría de los medicamentos. Muestre su tarjeta de Medicare al farmacéutico para surtir sus recetas.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Si no sabe si una farmacia acepta su plan de Medicare o Wellpoint, pregúntele al farmacéutico. También puede llamar a su aseguradora de Medicare Parte D o a Servicios para Miembros de Wellpoint al **833-731-2160 (TTY 711)**.

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

El farmacéutico le explicará que ellos no aceptan su plan de Medicare o Wellpoint STAR+PLUS. Deberá llevar su receta a una farmacia que acepte su cobertura.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Cuando vaya a la farmacia, debe llevar:

- o Su(s) receta(s) o botellas de medicamentos.
- o Su tarjeta de identificación de recetas de Medicare Parte D.
- o 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, llame a su aseguradora de Medicare Parte D o a Wellpoint 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 autorización previa de su plan de Medicare o Wellpoint. Una autorización previa significa que usted tiene que obtener aprobación de ya sea su plan de Medicare o Wellpoint antes de que reciba ese medicamento. Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para tres días. Llame a Wellpoint 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 3 días.

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

Si pierde su medicamento o se lo roban, pida a su farmacéutico que llame a su aseguradora de Medicare Parte D o a Wellpoint al **833-731-2162**.

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

El centro de enfermería le proporcionará todos los medicamentos requeridos.

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

Ciertos equipos médicos duraderos y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por ambos Medicare y Medicaid. Para artículos que cubren ambos Medicare y Medicaid, Medicare pagará primero y su plan de Wellpoint Medicaid pagará de segundo. Estos incluyen artículos tales como nebulizadores, artículos para ostomía y diabéticos, y otros artículos y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Medicaid también podría pagar por artículos que se encuentran en una farmacia que no están cubiertos por Medicare, tales como artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales y algunas vitaminas y minerales. Debe verificar que su farmacia esté participando con Medicare o sea parte de su plan médico de Medicare y/o Medicaid.

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

¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Wellpoint?

Wellpoint ofrece beneficios de cuidado médico adicionales para nuestros miembros de STAR+PLUS. Estos beneficios adicionales también se denominan beneficios de valor agregado. Le ofrecemos estos beneficios para ayudarle 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
\$100 en tarjeta de regalo para comprar productos de venta libre ya sea en línea o en la tienda (una tarjeta de por vida)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Beneficios de salud y actividades físicas: membresía de 13 semanas en Weight	Para solicitar el programa Weight Watchers®, llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Watchers®, \$150 en tarjeta de regalo de Tienda de comida saludable (Healthy Grocery), recursos de actividades físicas y	Para acceder a los recursos de actividades físicas y ejercicios a pedido, visite choosehealthy.com/WPTX.
ejercicios a pedido, 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)	Para obtener un kit de ejercicio personal, una tarjeta de regalo de 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 Beneficios (Benefits) o llame al 833-731-2160 (TTY 711).
Para miembros de 21 años en adelante con un diagnóstico de obesidad, hipertensión o diabetes	
Salud emocional en línea: herramientas web y móviles seguras que puede utilizar 24 horas, los 7 días de la semana, para mejorar su salud emocional	Para acceder el programa de Recursos para el bienestar emocional de 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.
Suscripción a la aplicación de meditación para miembros diagnosticados con una condición de salud conductual (una por año)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
Tarjeta de regalo de \$75 para comprar productos sensoriales (uno por año)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
Para miembros con una discapacidad del desarrollo (DD), discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), o diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (ADHD), depresión, trastorno del espectro autista, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (PTSD), demencia o enfermedad de Alzheimer	

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Ayudas para el estilo de vida: elija hasta dos artículos (por año) 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	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
Seguridad en el hogar: elija hasta dos artículos (de por vida)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
Servicios de control de plagas cada tres meses	Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios. Los miembros pueden obtener este servicio en una ubicación.
Opciones de alimentos frescos (elija uno cada año): 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) 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	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página Beneficios (Benefits) o llame al 833-731-2160 (TTY 711).

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Hasta \$200 de productos para aliviar el asma seleccionados por miembro (por hogar cada año)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
Para miembros diagnosticados con asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)	
Kit de preparación en caso de emergencia y hasta \$75 en fondos de ayuda en caso de desastre (uno por hogar de por vida)	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 <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
	Para obtener los fondos de ayuda en caso de desastre, llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Kit de higiene dental para miembros de 21 años en adelante (un kit por año) El miembro tiene que haber completado una visita dental dentro de los últimos seis meses	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
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	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
Para miembros con un diagnóstico de salud conductual, discapacidad del desarrollo (DD), discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), demencia, o enfermedad de Alzheimer	
Programa EX (EX Program): Un programa en línea para dejar	Acceda al programa en Go.TheEXProgram.com/WellpointTX.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
de fumar con actividades en línea, materiales educativos y productos. Este programa puede ayudar a los miembros a medida que tratan de dejar 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, el seguro social o la tarjeta de identificación 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 <i>Beneficios</i> (<i>Benefits</i>) o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .

¿Cómo puedo recibir 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 o le ayuda a encontrar Wellpoint?

Trabajamos para ayudarle a conservar la salud con nuestros programas de educación sobre salud. Podemos ayudarle a encontrar clases cerca de su casa. Llame a Servicios para Miembros para averiguar el lugar y horario en el que se ofrecen estas clases. Algunas de las clases incluyen:

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

Cuidado de Condiciones

Si tiene un problema de salud a largo plazo, no tiene que atravesarlo solo. Nuestro Programa de Cuidado de Condiciones puede ayudarle a sacar más provecho de la vida. El programa es privado y está disponible sin costo para usted. Se llama programa de Cuidado de Condiciones (CNDC). Un equipo de enfermeros certificados y trabajadores sociales, llamados administradores de casos de CNDC, están a su disposición para enseñarle acerca de su problema de salud y ayudarle a aprender cómo manejar su salud. Su proveedor de atención primaria y nuestro equipo de CNDC están a su disposición para ayudarle con sus necesidades de cuidado médico.

Puede ingresar al programa si tiene una o más de una de estas condiciones:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)

- Diabetes
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastorno depresivo complejo
- Esquizofrenia
- Trastorno por el uso de sustancias

También ofrecemos servicios de manejo del peso.

Los administradores de casos de CNDC trabajan con usted para crear objetivos de salud y ayudarlo a desarrollar un plan para lograrlos. Como miembro del programa, se beneficiará al tener un administrador de casos que:

- Lo escuche.
- Se tome el tiempo para entender sus necesidades específicas.
- Le ayude a hacer un plan de atención para lograr sus objetivos de atención de la salud.
- Le brinde las herramientas, el apoyo y los recursos comunitarios que puedan ayudarle a mejorar su calidad de vida.
- Le brinde información de salud que puede ayudarle a tomar mejores decisiones.
- Le ayude a coordinar el cuidado con sus proveedores.

Como miembro de Wellpoint inscrito en el programa CNDC usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Usted tiene derecho a:

- Tener información acerca de Wellpoint. Esto incluye:
 - o Todos los programas y servicios adicionales de Wellpoint
 - o La experiencia de trabajo y educación de nuestro personal
 - o Los contratos que tenemos con otras empresas o agencias

- Negarse a formar parte o abandonar programas y servicios que ofrecemos.
- Saber quién es su administrador de casos y cómo pedir un cambio.
- Obtener ayuda de Wellpoint para tomar decisiones con sus médicos sobre su cuidado médico.
- Saber sobre todos los tratamientos relacionados con CNDC; estos incluyen cualquier cosa establecida en las guías clínicas, ya sea que estén o no cubiertos por Wellpoint. Tiene derecho a analizar todas las opciones con sus médicos.
- Que los datos personales y la información médica se mantengan en privado.
- Saber quién puede tener acceso a su información y conocer nuestros procedimientos que se usan para garantizar la seguridad, la privacidad y la confidencialidad.
- Recibir un tratamiento cortés y respetuoso por el personal de Wellpoint.
- Presentar quejas a Wellpoint y recibir orientación sobre cómo usar el proceso de quejas, incluyendo cuánto tiempo nos tomará responder y resolver problemas de calidad y quejas.
- Recibir información que sea clara y fácil de entender. Usted debe:
- Seguir las recomendaciones de cuidado médico ofrecidas por Wellpoint.
- Darle a Wellpoint la información necesaria para poder brindar nuestros servicios.
- Informar a Wellpoint y a sus médicos si decide cancelar su inscripción en el programa CNDC.

Si tiene uno de estos problemas de salud o desea obtener más información sobre nuestro CNDC, llame al **888-830-4300** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local. Pida hablar con un administrador de casos de CNDC. También puede visitar nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid** o llamar a CNDC si desea obtener una copia de la información de CNDC que encuentra en línea. Llamar puede ser el primer paso para lograr una mejor salud.

¿Qué es la Administración de casos complejos?

Además de nuestro Programa de Cuidado de Condiciones, tenemos un programa de Administración de casos complejos. En el 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 labor prematura actual.

¿Cómo recibo estos servicios?

No necesita una remisión de su médico. 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:

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

Disponemos de un sistema para identificar y ponernos en contacto con los MSHCN. También podría pedir ser evaluado para determinar si cumple con los criterios para MSHCN.

Para MSHCN, desarrollamos un plan de salud para ofrecer servicios cubiertos que satisfagan las necesidades especiales para el tratamiento de la condición del miembro. También ofrecemos acceso a tratamiento a cargo de un equipo multidisciplinario cuando sea necesario.

El MSHCN puede tener acceso directo a los especialistas, si es necesario, para su condición y necesidades identificadas, tal como una remisión permanente para un especialista. Un MSHCN también puede tener un especialista que actúe como su proveedor de atención primaria.

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

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

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

Disponemos de un sistema para identificar y ponernos en contacto con los MSHCN. También podría pedir ser evaluado para determinar si cumple con los criterios para MSHCN.

Para MSHCN, desarrollamos un plan de salud para ofrecer servicios cubiertos que satisfagan las necesidades especiales para el tratamiento de la condición del miembro. También ofrecemos acceso a tratamiento a cargo de un equipo multidisciplinario cuando sea necesario.

El MSHCN puede tener acceso directo a los especialistas, si es necesario, para su condición y necesidades identificadas, tal como una remisión permanente para un especialista. Un MSHCN también puede tener un especialista que actúe como su proveedor de atención primaria.

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

¿Qué otros servicios puede Wellpoint ayudarme a recibir?

Eventos comunitarios

Wellpoint está en su comunidad. Patrocinamos y participamos en eventos comunitarios gratuitos y días de diversión familiar. En estos eventos, usted puede recibir información de salud y divertirse. Puede informarse sobre temas como la alimentación saludable, el asma y el estrés. También estaremos presentes para responder preguntas sobre sus beneficios. Llame a Servicios para Miembros o consulte la sección *Ayuda comunitaria* (Community support) de nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid** para averiguar cuándo y dónde se organizaránestos eventos.

CUIDADO MÉDICO Y OTROS SERVICIOS

Excepto en caso de una emergencia (vea la sección sobre ¿Qué es atención médica de emergencia?), siempre debe llamar primero a su proveedor antes de recibir cuidado médico. Si tiene preguntas sobre su salud cuando el consultorio de su proveedor está cerrado, llame a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas para que le den ayuda.

¿Qué significa médicamente necesario?

Su proveedor de atención primaria le ayudará a recibir los servicios precisos que sean médicamente necesarios según se define a continuación.

Médicamente necesario significa:

- 1) Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - a) Servicios de detección y para la vista y la audición.
 - b) Otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental 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
 - c) física o mental:
 - i) Tiene que cumplir con los requisitos de una orden definitiva de un tribunal que aplique al programa Texas Medicaid o al programa de atención administrada de Texas de manera integral (incluyendo los acuerdos de arreglo 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-q) y (3)(b-q) de este párrafo.
- 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 diagnósticos del miembro
 - 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 sobre la administración de la utilización, puede llamar 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. Él o ella también lo cuidan antes de enfermarse. Esto se llama cuidado de bienestar.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Su plan de Medicare determinará cuán pronto usted debe ser atendido por su proveedor de atención primaria para cuidado 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:

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

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

Para atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noches y los fines de semana. El doctor le dirá lo que 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 su plan de Medicare. Para pedir 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 su plan de Medicare.

¿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, 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)**. Lo más importante es recibir cuidado médico lo antes 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:

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

- 1. Requiere intervención y/o atención médica inmediata sin la cual el miembro podría presentar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas.
- 2. 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 y/o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de posestabilización.

¿Cuándo puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder ver a su proveedor de atención primaria inmediatamente para atención de emergencia.

¿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.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Póngase en contacto con su plan de Medicare para preguntar cómo conseguir una segunda opinión para servicios cubiertos por Medicare.

¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi proveedor de servicios y apoyos a largo plazo?

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 con el proveedor de servicios y apoyos a largo plazo. Este servicio está disponible para visitas a su proveedor de servicios y apoyos a largo plazo sin costo para usted.

¿A quién debo llamar para un intérprete?

Llame a Servicios para Miembros para saber más.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Infórmenos por lo menos 24 horas antes de su cita si necesita un intérprete.

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

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

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.

¿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. Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo su médico puede enviar una solicitud.

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

¿Qué pasa si estoy embarazada?

Cuando está embarazada, necesita cuidar muy bien su salud. Podría recibir alimentos saludables del programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Llámenos para obtener el número de teléfono del programa WIC más cercano.

Cuando está embarazada, debe ir a su proveedor de atención primaria 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 proveedor de atención primaria o ginecólogo obstetra deseen que vaya más veces basado en sus necesidades de salud.

¿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 encontrar su oficina local de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) para asegurarse de que la

solicitud de su bebé haya 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 coordinador de servicios o administrador de cuidados médicos que ya tuvo al bebé. Además, 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 para él o ella.

¿Cómo y cuándo le informo a mi asistente social?

Después de dar a luz a su bebé, llame a su oficina de beneficios del HHSC para decirle que el bebé ha nacido.

¿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.

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

¿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 911 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 involucrada.

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

Puede tener a alguien que tome las decisiones a su nombre en caso de que esté demasiado enfermo para tomarlas usted mismo. Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** si desea más información sobre los formularios que necesita.

¿Qué son directivas anticipadas?

Los menores emancipados y miembros mayores de 18 años tienen derechos conforme a la ley 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 desea y 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 consejos legales 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 historia clínica. También puede realizar cambios en la directiva anticipada completando 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.

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan médico que tenía antes de perder la cobertura.

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 su elegibilidad antes de la fecha indicada, 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 casa puede llamar al 2-1-1, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2, o puede ir a YourTexasBenefits.com y seleccionar **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. Su salud es muy importante para nosotros. 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.

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

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

En la carta, incluya:

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

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

- o El nombre del proveedor del que recibió servicios
- o La fecha de servicio
- o El número de teléfono del proveedor
- o La cantidad cobrada
- o El número de cuenta, si lo conoce

También puede llamar gratis a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** para pedir ayuda.

¿Qué información es necesaria?

En la carta, incluya su nombre, el número de teléfono al que pueden comunicarse con usted y su número de identificación de Wellpoint. Si no puede enviar una copia de la factura, asegúrese de incluir en la carta el nombre del proveedor del que recibió servicios, la fecha de servicio, el número de teléfono del proveedor, la cantidad cobrada y el número de cuenta, si lo conoce.

¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?

No. No le pueden enviar una cuenta por los gastos de participación en los costos de Medicare, lo cual incluye deducibles, coaseguro y copagos.

¿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:

- o Le cancelan el seguro médico privado.
- o Consigue nueva cobertura de seguro.
- o 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 como miembro de Wellpoint?

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 de salud 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.
 - c. Cambiar de plan médico sin sufrir sanciones.
 - d. Recibir información sobre cómo cambiar de plan médico.
- 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 urgente 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 de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alquien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, 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 derecho a hacer recomendaciones a los derechos y responsabilidades 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 médicos 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 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. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de consultar a un especialista.
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
- 3. Tiene que compartir con su 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.

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 asegurar que usted reciba cuidado. Revisamos servicios que usted ha recibido para verificar si usted está recibiendo el mejor cuidado médico preventivo. Si tiene una enfermedad crónica, comprobaremos para ver si 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 nuestros proveedores de la red para enseñarles cómo deben atenderlo y ayudarlos a ello. 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).

PROCESO DE QUEJAS

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

Queremos ayudar. Si tiene una queja, llámenos gratis al **833-731-2160** 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**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos pocos días.

¿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 Wellpoint o el programa estatal adecuado. Un defensor del miembro también puede ayudarle a presentar una apelación ante su plan de Medicare o directamente ante Medicare. Llame gratis 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 5 días hábiles después de recibir su queja. Esto significa que tenemos su queja y hemos comenzado a examinarla. Incluiremos un formulario de queja con nuestra carta en caso de que su queja se haya hecho 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 una emergencia, la examinaremos en un plazo de 72 horas de haber recibido su llamada o el formulario de 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 quiere 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.

PROCESO DE APELACIÓN

¿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 de salud 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 ayudarle 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 dentro de 10 días después de la fecha en que el plan médico envió 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 tarder 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, usted 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 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 la Solicitud de una audiencia imparcial estatal y una revisión médica externa que se adjunta a la carta de notificación al miembro de la decisión de apelación interna de la MCO y enviarlo por correo o por fax a Wellpoint usando la dirección o el número de fax que aparecen en la parte superior de la solicitud;
- 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 tomado 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 contactando al oficial de audiencias enumerado 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.

FRAUDE Y ABUSO

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores 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
- Visit oig.hhs.texas.gov/ y seleccione "Denunciar fraude (Report Fraud)" para completar el formulario en línea
- Denúncielo directamente al plan médico:

Compliance Officer Wellpoint 2505 N. Highway 360, Suite 300 Grand Prairie, TX 75050 800-839-6275

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.

INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE

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

- o 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.
- o Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- o Sus derechos y responsabilidades.
- o Información sobre los trámites para hacer una queja, una apelación, una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal.
- o 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.
- o Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- o Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- o Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y 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.
- o Las pautas de práctica de Wellpoint.

Esperamos que este manual haya respondido la mayoría de sus preguntas sobre Wellpoint. Puede llamar al departamento de Servicios para Miembros de Wellpoint para obtener más información.

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 querella.
Queja	Una querella 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.
Querella	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.
Médicamente 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 médicamente necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés prior authorization, prior approval o pre-certification, 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, controlar, 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.

