



Septiembre de 2022

Manual Para Miembros

STAR+PLUS

Miembros que tienen cobertura de Medicare y Medicaid

Áreas de servicio de Bexar, El Paso, Harris, Jefferson, Lubbock,
Medicaid Rural West, Tarrant y Travis



833-731-2160 (TTY 711)
[wellpoint.com/tx/medicaid](https://www.wellpoint.com/tx/medicaid)





Wellpoint
STAR+PLUS Manual
Para Miembros

Áreas de servicio de Bexar, El Paso, Harris,
Jefferson, Lubbock, Medicaid Rural West, Tarrant y
Travis

Miembros que tienen cobertura de Medicare y
Medicaid

833-731-2160 (TTY 711)
[wellpoint.com/tx/medicaid](https://www.wellpoint.com/tx/medicaid)

Septiembre de 2022



Estimado miembro:

Bienvenido a Wellpoint. Estamos complacidos de que nos haya elegido como su plan de salud.

Este manual del miembro le ayuda a entender cómo trabajar con Wellpoint y cómo ayudar a mantener saludable a su familia. Le explica cómo recibir cuidado de la salud cuando lo necesita.

Recibirá su tarjeta de identificación Wellpoint de parte nuestra en unos cuantos 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.

Deseamos saber de usted.

- Si necesita ponerse en contacto con nosotros por cualquier motivo, llame al **833-731-2160 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. hora del Centro. Puede hablar con un representante de Servicios para Miembros sobre sus beneficios.
- Si necesita consejos médicos o desea hablar con una enfermera certificada, llame a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas a la misma línea gratuita – en cualquier momento del día o la noche.
- Puede buscar los proveedores de la red con nuestra herramienta del directorio de proveedores en línea. Visite **wellpoint.com/tx/medicaid** y seleccione el enlace **Find a Doctor (Encontrar un Doctor)** para buscar por nombre de proveedor o tipo de especialidad. Le facilitamos encontrar un doctor cerca de usted. Si necesita ayuda para encontrar un doctor o le gustaría obtener un directorio impreso, llame a Servicios para Miembros.

Gracias nuevamente por ser nuestro miembro. Quedamos a la espera de trabajar con usted.

WELLPOINT PROGRAMA STAR+PLUS
MANUAL DEL MIEMBRO PARA MIEMBROS
CON AMBAS COBERTURAS 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 lo podemos ayudar para recibir el cuidado de la salud que necesita.

Índice

BIENVENIDO A WELLPOINT.	6
Información sobre su nuevo plan de salud.....	6
Su manual del miembro de Wellpoint.....	6
NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES.....	6
Línea gratuita de Servicios para Miembros de Wellpoint	6
Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Wellpoint	7
Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de Where's My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?)	8
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE WELLPOINT	9
¿Qué información está en mi tarjeta de identificación de Wellpoint?	9
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid.....	10
¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?	12
PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO	13
¿Qué es un proveedor de cuidado primario?	13
¿Qué debo llevar conmigo a mi cita con el doctor?.....	13
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES.....	13
CAMBIO DE PLAN DE SALUD.....	13
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?.....	13
¿A quién llamo?.....	14
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?	14
¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?.....	14
¿Puede Wellpoint pedir que sea retirado de su plan de salud por falta de cumplimiento?	14
MIS BENEFICIOS	15

¿Cuáles son mis beneficios de cuidado de la salud?	15
¿Cuánto tengo que pagar para mi cuidado de la salud?	19
¿Cuáles son mis beneficios de cuidado agudo?	19
¿Cuáles servicios de cuidado agudo están cubiertos por Medicaid?	20
¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo?	20
¿Qué es coordinación de servicios?	21
Su plan de servicios de Wellpoint	22
¿Qué es la verificación electrónica de visita (EVV)?	23
¿Cuáles servicios no están cubiertos?	24
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	24
¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Wellpoint?	25
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Wellpoint?	29
Atención de afecciones	29
¿Qué es manejo de caso complejo?	30
¿Qué es un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud?	31
¿Qué otros servicios puede Wellpoint ayudarme a recibir?	31
CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS	32
¿Qué significa necesario por motivos médicos?	32
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?	33
¿Qué es cuidado médico de rutina?	33
¿Qué es la atención médica urgente?	33
¿Qué es cuidado médico de emergencia?	34
¿Qué es la posestabilización?	35
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	35
¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi proveedor de servicios y apoyos a largo plazo?	35
SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)	35
¿Qué pasa si estoy embarazada?	36
¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?	37
¿Cómo informo un supuesto abuso, maltrato o explotación?	38
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi cuidado médico?	39
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	39
Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo	39
¿Qué pasa si recibo una factura de mi doctor? ¿A quién llamo?	40
¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?	41
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	41
¿Qué pasa si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	41
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de Wellpoint?	41
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	44
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?	44
¿Qué son normas de práctica clínica?	44
PROCESO DE RECLAMOS	45
¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo?	45

PROCESO DE APELACIONES 46

- ¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero Wellpoint lo deniega o lo limita?46
- ¿Cómo me enteraré si deniegan algún servicio?46
- ¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?46
- ¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios que ya estaban aprobados?47
- ¿Alguien de Wellpoint puede ayudarme a presentar una apelación?47
- ¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?47
- ¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?47

APELACIONES DE EMERGENCIA..... 48

- ¿Qué es una apelación de emergencia?48
- ¿Cómo solicito una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?48
- ¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?48
- ¿Qué sucede si Wellpoint deniega la solicitud de una apelación de emergencia?48
- ¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?48

AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO 49

- ¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?49

INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA..... 50

- ¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?50
- ¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?51

FRAUDE Y ABUSO 51

- ¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?51

INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE52

GUÍA PARA MIEMBROS SOBRE TÉRMINOS DEL CUIDADO ADMINISTRADO53

BIENVENIDO A WELLPOINT

Información sobre su nuevo plan de salud

Bienvenido a Wellpoint. Somos una organización de cuidado administrado y deseamos ayudarle a recibir el cuidado adecuado cerca de su hogar. 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 doctor 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 cuidado primario de Medicare. Usted recibe sus medicamentos recetados a través de un plan de medicamentos recetados de Medicare o un Medicare Advantage Plan que incluye cobertura de la Part D. Usted puede haber escogido el Wellpoint Amerivantage Plan, nuestro Medicare Advantage Plan, para sus beneficios de Medicare. Si está inscrito en el plan Amerivantage, vea la Evidencia de cobertura de Amerivantage para los 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 ayuda a entender su plan de salud 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 podría recibir sus beneficios de Medicare de nosotros o de otro plan de salud. 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 letras grandes, audio, Braille, u otro idioma.

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Línea gratuita de Servicios para Miembros de Wellpoint

Si tiene alguna pregunta sobre su plan de salud de Wellpoint, puede llamar a la línea gratuita del 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. 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 laboral.

Hay algunas cosas con las que Servicios para Miembros puede ayudarlo:

- 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 de la salud
- Vida saludable
- Reclamos y apelaciones médicas
- Derechos y responsabilidades

Para miembros que no hablan inglés, podemos ayudarlos en muchos diferentes idiomas y dialectos diferentes, incluyendo español. También puede obtener los servicios de un intérprete para las visitas al doctor 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 ayudarlo en sus visitas al doctor, 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 cuidado primario o a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los 7 días de la semana al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Para cuidado urgente (vea la sección **¿Qué es la atención médica urgente?** De este manual), usted debe llamar a su proveedor de cuidado primario incluso en las noches y fines de semana. Su proveedor de cuidado primario le dirá qué hacer. Llámenos para encontrar una clínica de cuidado urgente cerca de usted. O llame a 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

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas está disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los 7 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 de la salud necesita usted.
- Qué hacer para cuidarse antes de ver al doctor.
- Cómo puede recibir el cuidado que necesita.

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

Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de Where's My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?)

Llame al número gratuito de nuestra línea de Servicios de NEMT si no tiene transporte a servicios de atención de la salud 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 **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. Los miembros que son sordos o tienen problemas auditivos deben llamar al **711**.

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

Cuando esté esperando transporte de nuestra parte, ya sea para ir o regresar en un viaje programado, puede llamar a la línea de Servicios de NEMT. Escoja la opción **“Where's My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?)”** 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 vaya inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Otros números telefónicos importantes

Línea de notificación al cliente de Texas	800-414-3406
Línea de ayuda del programa STAR+PLUS	877-782-6440
Equipo de asistencia de cuidado administrado del ombudsman	866-566-8989
Cuidado dental para miembros hasta 20 años de edad	
DentaQuest	800-516-0165
MCNA Dental	800-494-6262
UnitedHealthcare Dental	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 doctor de cuidado primario estará listado en la tarjeta porque su cuidado regular (agudo) está cubierto a través de Medicare.

Si está inscrito en el plan Amerivantage de Wellpoint, tendrá una tarjeta de identificación para presentar a sus proveedores. Debe usar su tarjeta de identificación de Amerivantage para recibir servicios cubiertos. Su tarjeta de identificación de Amerivantage dirá a los proveedores que usted tiene Medicare, Medicaid y cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D a través de Amerivantage. Si su cobertura de Medicare es con otra aseguradora de Medicare, usted tendrá una tarjeta para ellos.

	Fecha efectiva:
WELLPOINT TEXAS, INC. wellpoint.com/tx/medicaid	Fecha de nacimiento:
Nombre del miembro: JOHN Q SAMPLE	No. de suscriptor: 123456789
Número de Medicaid:	Tipo de cobertura: STAR+PLUS
Coordinación de servicios de Wellpoint: 1-822-731-2160	
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:



¿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 lista muchos de los números telefónicos importantes que debe saber, como los de nuestro departamento de Servicios para Miembros y Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.

¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Wellpoint si la pierdo o me la roban? Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de Wellpoint, 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.

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

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:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa Healthy Texas Women (HTW)
 - Atención para pacientes terminales
 - Programa STAR Health
 - Medicaid de Emergencia, 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 STAR y STAR Kids Texas Health Steps
- 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 CUIDADO PRIMARIO

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un proveedor de cuidado primario es el doctor principal que usted ve para la mayoría de su cuidado de la salud regular. Su proveedor de cuidado primario también se llama doctor de familia. Él o ella se familiarizarán con usted y su historial médico para ayudarlo a recibir el mejor cuidado posible. Él o ella también lo enviarán a especialistas, otros doctores 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 cuidado primario con su plan de Medicare. Vea la Evidencia de cobertura de su plan Medicare para entender el rol de un proveedor de cuidado primario, quién puede ser un proveedor de cuidado primario, cómo cambiar su proveedor de cuidado primario y cómo recibir cuidado.

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

Cuando vaya al consultorio de su doctor 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 el plan Wellpoint Amerivantage, muestre su tarjeta de identificación de Amerivantage.
- Su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.
- Cualquier medicamento que esté tomando.
- Sus registros de vacunas.

Su doctor 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 Medicamente Necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (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.

CAMBIO DE PLAN DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

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

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

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

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

¿A quién llamo?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?

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

- Si llama el o antes del 15 de abril, su cambio tendrá lugar el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, su cambio tendrá lugar el 1 de junio.

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

Hay varios motivos por los que su inscripción podría ser cancelada o retirada de Wellpoint. Estos motivos están listados a continuación. Si ha hecho algo que pueda llevar a la cancelación de la inscripción, lo contactaremos. Le pediremos que nos cuente lo que sucedió.

Su inscripción en Wellpoint podría ser cancelada si:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Deja que otra persona use su tarjeta de identificación de Wellpoint.
- Intenta causar lesiones a un proveedor, miembro del personal o asociado de Wellpoint.
- Roba o destruye una propiedad del proveedor o de Wellpoint.
- Va a la sala de emergencias una y otra vez cuando no tiene una emergencia.
- 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 de la salud?

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 doctor, hospitalizaciones, recetas y servicios de salud del comportamiento están cubiertos por Medicare o el plan de Medicare que usted elige. Sus beneficios de servicios y apoyos a largo plazo de Medicaid se denominan STAR+PLUS y están cubiertos por Wellpoint. Los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo lo 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:

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

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

Tipos de servicio	Beneficios de Medicare con Otro cuidado comunitario (OCC)	Beneficios de Medicare con Primera opción comunitaria (CFC)	Beneficios de Medicare con Exención HCBS de STAR+PLUS (SPW)
Servicios de cuidado agudo			
Servicios médicos (tales como visitas al doctor y servicios hospitalarios) y de salud del comportamiento	Medicare o Medicare Advantage Plan	Medicare o Medicare Advantage Plan	Medicare o Medicare Advantage Plan
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; Medicare Advantage Plan	Agente fiscal del estado (TMHP) para Medicare regular; Medicare Advantage Plan	Agente fiscal del estado (TMHP) para Medicare regular; Medicare Advantage Plan
Servicios y apoyos a largo plazo			
Cuidado primario en el hogar/Servicios de asistente personal	Wellpoint*	Wellpoint*	Wellpoint*
Servicios de actividades diarias y salud (DAHS)	Wellpoint*	Wellpoint*	Wellpoint*
Cuidado de asistente dirigido por el consumidor	Wellpoint*	Wellpoint*	Wellpoint*
Servicios de enfermería (en el hogar)	Medicare/ Medicare Advantage Plan	Medicare/ Medicare Advantage Plan	Wellpoint* o Medicare/ Medicare Advantage Plan
Adquisición, mantenimiento y mejora de servicios de habilidades		Wellpoint*	Wellpoint*

Servicios de respuesta de emergencia (botón de llamada de emergencia)		Wellpoint*	Wellpoint*
--	--	------------	------------

Tipos de servicio	Beneficios de Medicare con Otro cuidado comunitario (OCC)	Beneficios de Medicare con Primera opción comunitaria (CFC)	Beneficios de Medicare con Exención HCBS de STAR+PLUS (SPW)
Servicios dentales			Wellpoint*
Comidas entregadas en el hogar			Wellpoint*
Modificaciones menores a la casa			Wellpoint*
Ayudas de adaptación			Wellpoint*
Equipos médicos duraderos	Medicare/ Medicare Advantage Plan	Medicare/ Medicare Advantage Plan	Wellpoint*
Suministros médicos			Wellpoint*
Terapia física, ocupacional y del habla	Medicare/ Medicare Advantage Plan	Medicare/ Medicare Advantage Plan	Wellpoint*
Cuidado tutelar de adultos/ cuidado personal en el hogar			Wellpoint*
Vida asistida			Wellpoint*
Servicios de asistencia de transición (para miembros que se van de un centro de enfermería) – máximo de \$2,500			Wellpoint*
Relevo (con o sin modelos autodirigidos)			Wellpoint*
Dietista/Servicio nutricional			Wellpoint*
Terapia de rehabilitación cognitiva			Wellpoint*

Tipos de servicio	Beneficios de Medicare con Otro cuidado comunitario	Beneficios de Medicare con Primera opción comunitaria (CFC)	Beneficios de Medicare con Exención HCBS de STAR+PLUS (SPW)
Servicios de administración financiera			Wellpoint*
Consulta/ administración de apoyo		Wellpoint*	Wellpoint*
Asistencia de empleo			Wellpoint*
Empleo apoyado			Wellpoint*

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

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su proveedor de cuidado primario le ayudará a recibir los servicios de atención de casos agudos 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 telefónicos en la sección **¿Cómo obtengo 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 pago por servicios. 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 de la salud?

No tiene que pagar para servicios cubiertos por Medicaid. No tiene que pagar ninguna prima, cuotas de inscripción, deducibles, copagos, o costo compartido 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 listados a continuación:

- Servicios del consultorio del proveedor de cuidado primario
- Servicios de especialistas cuando sea referido por su proveedor de cuidado primario
- Servicios médicos hospitalarios en internación y ambulatorios
- Servicios de planificación familiar por cualquier proveedor calificado de cuidado de la salud
- Cobertura de servicios para el embarazo y el bebé recién nacido
- Servicios de ambulancia en una emergencia
- Tratamiento de servicios quiroprácticos
- Servicios de sala de emergencias y cuidado urgente
- Servicios ambulatorios de salud mental
- Servicios ambulatorios para dependencia química
- Servicios en internación de salud mental y dependencia química
- 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 envoltentes. Estos servicios (como medicamentos) serán cubiertos por Medicaid de pago por servicios.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a su doctor de cuidado primario 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 doctores 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, la clase de beneficios que puede recibir se basa en su categoría de elegibilidad para Medicaid. En la sección **¿Cuáles son mis beneficios de cuidado de la salud?** se muestran generalidades de los beneficios de Medicare y STAR+PLUS por tipo y categoría de cobertura.

¿Cómo obtengo 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:

Bexar	800-589-5274, ext. 106-103-5201
El Paso	877-405-9871, ext. 106-103-5197
Harris y Jefferson	800-325-0011, ext. 106-103-5198
Lubbock	877-405-9872, ext. 106-103-5200
Tarrant	800-839-6275, ext. 106-103-5199
Travis	800-315-5385, ext. 106-103-5202
Área de servicio rural de West Medicaid	800-839-6275, ext. 106-103-5199

Si es sordo(a) o tiene problemas auditivos, llame al **711**.

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

¿Qué es coordinación de servicios?

La coordinación de servicios lo ayuda a asegurarse de estar recibiendo los servicios que necesita de parte de los proveedores correctos. Le asignaremos un coordinador personal de servicios:

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

Un coordinador de servicios calificado administrará y supervisará su cuidado y sus servicios. 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 incluye, pero no se limita a lo siguiente:

- Identificar sus necesidades mediante una evaluación
- Crear un plan de cuidado para satisfacer esas necesidades
- Hablar sobre el plan de cuidado con usted, su familia y su representante (de ser necesario) para asegurarse de que lo comprendan y acepten
- Programar citas con sus proveedores y disponer que obtenga los servicios que necesita
- Trabajar como equipo con usted y su proveedor de cuidado primario

Su plan de servicios de Wellpoint

Su coordinador de servicios trabaja con usted para ayudarlo a averiguar si necesita servicios especiales tales como servicios y apoyos a largo plazo o manejo de caso. 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 manejo de caso a miembros que tienen condiciones tales como cáncer, VIH, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal en etapa terminal, anemia falciforme, diabetes y asma o que necesitan cuidado 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 lo ayudará a obtenerlos. Aprobamos la cobertura de los servicios según sea necesario. Quizá sean los mismos servicios que obtuvo en el pasado, o pueden 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 ayudarlo a obtener otros servicios o cuidados que necesite. Su coordinador de servicios de Wellpoint 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 convierta por primera vez en miembro de Wellpoint, 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. Él o ella sabrán a qué proveedores llamar para asegurarse de que usted continúe obteniendo el cuidado adecuado. Él o ella le preguntarán qué tan útiles han sido los servicios de Medicaid. Hablaremos con sus proveedores de Medicaid sobre el cuidado que ha estado recibiendo. Si está de acuerdo, hablaremos con sus doctores sobre sus necesidades de cuidado de la salud.

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

- Visitarlo en su hogar para informarse más sobre sus necesidades y ayudarlo a obtener el tipo de cuidado adecuado.
- Trabajar con usted para crear un plan de servicios que satisfaga sus necesidades.
- Ayudarlo a ver a sus proveedores cuando lo necesite y a obtener los servicios que necesite (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.
- Ayudarlo a obtener autorizaciones para servicios necesarios por motivos médicos.
- Exhortarlo a participar en su cuidado para ayudarlo a vivir independientemente.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Puede comunicarse con un coordinador de servicios llamando a los números telefónicos en la sección **¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A 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 con su nombre y número telefónico. Le enviaremos esta información cada año y en cualquier momento que su coordinador de servicios cambie. También puede encontrar el nombre y número telefónico de su coordinador de servicios personal en nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid**. Deberá hacer clic en el botón **Log In Now** (Iniciar sesión ahora) y registrarse para autoservicio de miembros con el fin de 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)?

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 proporcionado.

La EVV es gratuita. Su asistente usará su teléfono particular para llamar al número gratuito cuando comiencen y terminen sus servicios. Si no tiene un teléfono de línea en su hogar, puede instalar un pequeño dispositivo en su hogar 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 hogar.

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:

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

Sus beneficios de cuidado agudo, tales como hospitalización, visitas al doctor 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 reglas 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.

¿Cuáles servicios no están cubiertos?

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

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

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Use primero su cobertura de Medicare Part D para recibir sus medicamentos. Si Medicare no cubre sus medicamentos, Medicaid pagará la mayoría de los que su doctor 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 abastecer 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 Part D o a Servicios para Miembros de Wellpoint al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está en 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 su farmacia debe llevar:

- Su(s) receta(s) o botellas de medicina.
- Su tarjeta de identificación de recetas de Medicare Part D.
- Su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.

¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?

Muchas farmacias ofrecen servicios de entrega. Pregunte a su farmacéutico si ellos pueden entregar a domicilio.

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

Si tiene problemas para recibir sus medicamentos, llame a su aseguradora de Medicare Part D o Wellpoint al **833-235-2022 (TTY 711)**. Trabajaremos 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?

Algunas medicinas 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 esta medicina. Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días. Llame al Wellpoint a **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 medicina o se la roban, pida a su farmacéutico que llame a su aseguradora de Medicare Part D o a Wellpoint al **800-454-3730**.

¿Cómo obtengo mis medicinas 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 cubiertos por ambos Medicare y Medicaid, Medicare pagará primero y su plan Wellpoint Medicaid pagará de segundo. Estos incluyen artículos tales como nebulizadores, suministros diabéticos y para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos, si son necesarios por motivos médicos. Medicaid también puede pagar por artículos que se encuentran en una farmacia que no están cubiertos por Medicare tales como medicamentos de venta libre, pañales y algunas vitaminas y minerales recetados y necesarios por motivos médicos. Debe verificar si su farmacia está participando con Medicare o es parte de su plan de salud de Medicare y/o Medicaid.

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

¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Wellpoint?

Wellpoint ofrece beneficios de cuidado de la salud adicionales para nuestros miembros de STAR+PLUS. Estos beneficios adicionales también se denominan beneficios de valor agregado. Le ofrecemos estos beneficios para ayudarlo a mantenerse saludable y para agradecerle por haber elegido a Wellpoint como su plan de cuidado de la salud. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información acerca de estos beneficios adicionales o visite nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid**.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas: hay enfermeros disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para sus preguntas de atención de la salud</p>	<p>Llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Servicios de control de plagas cada 3 meses</p>	<p>Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o vaya a wellpoint.com/tx/medicaid para obtener más información.</p> <p>Los miembros pueden obtener este servicio en una ubicación.</p>
<p>Ocho horas de servicios de relevo cada año para familias y cuidadores de miembros de 21 años en adelante (no disponible para miembros de la exención HCBS STAR+PLUS)</p>	<p>Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Teléfono celular/teléfono inteligente gratuito a través del programa Lifeline con minutos mensuales, Internet y mensajes de texto. Si califica, también recibirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamadas ilimitadas a Servicios para Miembros, defensores del miembro y coordinadores de servicios para llamadas hechas a través de Servicios para Miembros. • 200 minutos de bonificación al ingresar. • 100 minutos de bonificación para su cumpleaños. 	<p>Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o vaya a wellpoint.com/tx/medicaid para obtener más información.</p> <p>Los minutos de bonificación por cumpleaños comienzan el mes después de ingresar.</p> <p>Para ver si usted califica para el programa federal Lifeline Assistance, vaya a safelinkwireless.com y llene la solicitud.</p>
<p>Kit de primeros auxilios y un plan personal para desastres (1 kit por miembro de por vida).</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 833-731-2160 (TTY 711).</p>
<p>Ayuda con el control del peso mediante un programa con acceso en línea las 24 horas, los 7 días de la semana a recursos, herramientas y actividades sobre meriendas saludables, control de porciones, metas de peso, calorías adicionales y consejos para ejercicios</p>	<p>Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en wellpoint.com/tx/medicaid.</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Programa para el embarazo y las primeras etapas de la crianza de hijos en línea las 24 horas, los 7 días de la semana mediante la web o aplicación móvil para apoyar a las mamás embarazadas y a los padres primerizos	Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en wellpoint.com/tx/medicaid .
Dejar el Hábito: Un programa para dejar de consumir tabaco que incluye productos, materiales educativos y actividades en línea. El programa puede servirle de apoyo a los miembros en su intento de dejar de fumar, vapear, mascar o consumir tabaco.	Acceda al programa en becomeanex.org/create-profile .
Directorio en línea de recursos para servicios sociales con el fin de ayudar a ubicar apoyos comunitarios tales como servicios de alimentos y nutrición, vivienda, educación y empleo	Para encontrar servicios cerca de usted, visite wellpoint.com/tx/medicaid y seleccione Community Support (Ayuda comunitaria) bajo <i>Get Help (Obtener ayuda)</i> .

¿Cómo puedo obtener 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 obtener los beneficios adicionales adecuados.

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Wellpoint?

Trabajamos para ayudarlo a mantenerse sano con nuestros programas de educación sobre la salud. Podemos ayudarlo a encontrar clases cerca de su hogar. Llame a Servicios para Miembros para averiguar el lugar y horario en el que se ofrecen estas clases.

Algunas de las clases incluyen:

- Servicios de Wellpoint y cómo obtenerlos
- Nacimiento
- Cuidado infantil
- Ser padres
- Embarazo
- Técnicas para dejar de fumar
- Protección personal contra la violencia
- Otros temas de salud

Atención de afecciones

Si usted tiene un problema de salud a largo plazo, no tiene que estar por sí solo. Nuestro programa de Atención de afecciones puede ayudarlo a sacar mejor provecho de la vida. El programa es privado y está disponible sin costo para usted. Se llama programa de Atención de afecciones (CNDC). Un equipo de enfermeras certificadas y trabajadores sociales, llamado encargados de caso de CNDC, está disponible para enseñarle sobre su problema de salud y ayudarlo a aprender cómo manejar su salud. Su proveedor de cuidado primario y nuestro equipo de CNDC están a su disposición para ayudarlo con sus necesidades de cuidado de la salud.

Puede ingresar al programa si tiene una de estas condiciones:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad arterial coronaria (CAD)
- Diabetes
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastorno depresivo grave
- Esquizofrenia
- Trastorno por el uso de sustancias

También ofrecemos servicios de control de peso.

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

- Lo escuche.
- Se tome el tiempo para entender sus necesidades específicas.
- Le ayude a hacer un plan de cuidado para lograr sus objetivos de cuidado de la salud.
- Le dé las herramientas, el apoyo y los recursos comunitarios que puedan ayudarlo

a mejorar su calidad de vida.

- Le proporcione información de salud que pueda ayudarle a tomar mejores decisiones.
- Le ayude a coordinar cuidado con sus proveedores.

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

- Obtener información sobre Wellpoint. Esto incluye:
 - Todos los programas y servicios de Wellpoint
 - La educación y experiencia laboral de nuestro personal
 - Los contratos que tenemos con otras empresas o agencias
- Negarse a formar parte o abandonar programas y servicios que ofrecemos.
- Saber quién es su encargado de caso y cómo pedir un encargado de caso distinto.
- Obtener ayuda de Wellpoint para tomar decisiones con sus médicos sobre su cuidado de la salud.
- Aprender acerca de todos los tratamientos relacionados con la CNDC; estos incluyen cualquier cosa establecida en las normas clínicas, ya sea que estén o no cubiertos por Wellpoint. Tiene derecho a hablar sobre todas las opciones con sus doctores.
- Que sus datos personales y su información médica se mantengan en privado.
- Saber quién puede acceder a su información y conocer nuestros procedimientos usados para garantizar seguridad, privacidad y confidencialidad.
- Ser tratado con cortesía y respeto por el personal de Wellpoint.
- Presentar reclamos a Wellpoint y recibir orientación sobre cómo usar el proceso de reclamo, incluyendo cuánto tiempo nos tomará responder y resolver problemas de calidad y reclamos.
- Recibir información que sea clara y fácil de entender.

Usted debe:

- Seguir las recomendaciones de cuidado de la salud ofrecidas por Wellpoint.
- Dar a Wellpoint la información necesaria para poder brindar nuestros servicios.
- Informar a Wellpoint y a sus doctores si decide cancelar su inscripción en el programa de CNDC.

Si tiene uno de estos problemas de salud o si 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 encargado de caso de la CNDC. También puede visitar nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid** o llamar a la CNDC si desea obtener una copia de la información de la CNDC que encuentra en línea. Llamar puede ser su primer paso en el camino hacia una mejor salud.

¿Qué es manejo de caso complejo?

Además de nuestro programa de Atención de afecciones, tenemos un programa de manejo de caso complejo. En el programa, los encargados de caso le ayudan a manejar su cuidado de la salud en caso de que usted tenga necesidades especiales. Un encargado de caso tal vez pueda ayudarle si usted ha padecido un evento crítico o le han diagnosticado una condición de salud grave tal como diabetes. Tenemos encargados de caso especial para miembros con un embarazo de alto riesgo, un embarazo múltiple, historial de parto prematuro de un embarazo anterior o labor prematura actual.

¿Cómo obtengo estos servicios?

No necesita un referido de su doctor. Puede ponerse en contacto con el programa de manejo de caso complejo llamando a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** y pidiendo hablar con un encargado de caso complejo. Nuestros encargados de caso son enfermeras certificadas y trabajadores sociales, disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro. Los encargados de caso también tienen correo de voz confidencial disponible las 24 horas del día.

¿Qué es un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud?

Un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud (MSHCN) significa que el miembro:

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

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

Para MSHCN, desarrollamos un plan de cuidado para ofrecer servicios cubiertos que satisfagan las necesidades especiales para el tratamiento de la condición del miembro. También ofrecemos acceso a tratamiento por 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 un referido permanente para un especialista. El MSHCN también puede tener un especialista que lo atienda como su proveedor de cuidado primario.

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 para miembros de nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid** para averiguar cuándo y dónde se organizarán estos eventos.

CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS

Excepto en caso de una emergencia (vea la sección sobre **¿Qué es cuidado médico 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 Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas para que le den ayuda.

¿Qué significa necesario por motivos médicos?

Su proveedor de cuidado primario lo ayudará a recibir los servicios precisos que sean necesarios por motivos médicos según se define a continuación.

Medicamento necesario significa:

- 1) Para los miembros desde 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 físico o mental:
 - i) Debe cumplir con los requisitos de una orden final del tribunal que aplica al programa Texas Medicaid o al programa de cuidado administrado de Texas Medicaid como un todo (incluyendo los acuerdos de conciliación parcial Alberto N.; et al. v. Traylor, et al.) y
 - ii) Puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) esta definición.
- 2) Para los miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
 - a) Son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;
 - b) Se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
 - c) Cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
 - d) Son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
 - e) Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - f) No son experimentales ni de estudio; y
 - g) No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor
- 3) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
 - a) Son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
 - b) Cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;

- c) Se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;
- d) Se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
- e) No se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
- f) No son experimentales ni de estudio; y
- g) No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor

Si tiene preguntas con respecto a una autorización, una solicitud de servicios o una pregunta de administración de 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 del comportamiento
- Medicamentos
- Dispositivos

Revisamos la información científica y aprobaciones gubernamentales para encontrar el tratamiento que funcione y sea seguro. Consideraremos cubrir la nueva tecnología solo si la tecnología ofrece resultados iguales o mejores que el tratamiento o la terapia existentes cubiertos.

¿Qué es cuidado médico de rutina?

Cuidado de rutina incluye chequeos regulares, cuidado preventivo y citas por lesiones y enfermedades menores. Su proveedor de cuidado primario 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 cuidado primario 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:

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

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

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que

acepte su plan de Medicare. Para recibir ayuda, llámenos gratis al **833-731-2160 (TTY 711)**. También puede llamar a 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 cuidado médico de emergencia?

Después del cuidado de rutina y el urgente, el tercer tipo es **cuidado 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 cuidado primario o a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los 7 días de la semana al **833-731-2160 (TTY 711)**. Lo más importante es recibir cuidado médico lo más pronto posible.

Atención médica de emergencia

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

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

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 mujer o del feto

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

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

1. Requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar 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 significan:

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

¿Cuándo puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder ver a su proveedor de cuidado primario inmediatamente para cuidado de emergencia.

¿Qué 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 el 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 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 de la salud?

Si usted tiene una condición médica que ocasiona que necesite una ambulancia para llevarlo a citas de cuidado de la salud, su doctor puede enviar una solicitud a Wellpoint. Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo su doctor puede enviar una solicitud.

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

¿Qué pasa si estoy embarazada?

Cuando está embarazada, necesita cuidar muy bien su salud. Puede obtener alimentos saludables del programa Women, Infants and Children (WIC). Llámenos para obtener el número telefónico del programa WIC más cercano.

Cuando está embarazada, debe ir a su proveedor de cuidado primario u obstetra/ginecólogo por lo menos:

- Cada 4 semanas durante los primeros 6 meses.
- Cada 2 semanas durante el 7mo y 8avo mes.
- Cada semana durante el último mes.

Puede que su proveedor de cuidado primario u obstetra/ginecólogo 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 la trabajadora 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 Health and Human Services Commission (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 encargado de cuidado que ya tuvo al bebé. Además, necesitaremos información sobre su bebé. Tal vez ya haya escogido un proveedor de cuidado primario para su bebé antes de que naciera. De no ser así, podemos ayudarla a escoger un proveedor de cuidado primario 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 de educativos.
- Tratar otros problemas.

¿Cómo puede obtener un administrador de casos?

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

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

¿Cómo informo un supuesto abuso, maltrato 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 7 días de la semana, gratis Informe al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) llamando al 800-647-7418 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 cuidado médico?

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

¿Qué son directivas anticipadas?

Los menores emancipados y los miembros de más de 18 años tienen derechos en virtud de las leyes de directivas anticipadas. Una directiva anticipada habla sobre la preparación de un testamento en vida. Un testamento en vida establece que usted posiblemente no desee recibir cuidado de la salud 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 en vida. Este es un tipo de directiva anticipada. Es un documento escrito que le dice a su doctor 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 doctor 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 doctor 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 doctor para retirar la directiva anticipada de su registro médico. También puede realizar cambios en la directiva anticipada completando una nueva.

También puede firmar un documento llamado poder duradero. Este documento le permitirá designar una persona para que tome decisiones por usted, cuando no pueda hacerlo usted mismo. Pregunte a su doctor 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 (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura.

Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo

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

No pierda sus beneficios de cuidado de la salud. Podría perder sus beneficios incluso si aún califica para ellos. Deberá renovar sus beneficios cada 12 meses. La Health and

Human Services Commission (HHSC) le enviará un paquete aproximadamente 60 días antes de la fecha límite, para informarle que es hora de renovar sus beneficios de Medicaid. El paquete tendrá instrucciones para decirle cómo renovar. Si no renueva su elegibilidad antes de la fecha indicada, perderá sus beneficios de cuidado de la salud.

Usted puede solicitar y renovar beneficios en línea en YourTexasBenefits.com. Haga clic en **View My Case (Ver mi caso)** y programe una cuenta para obtener acceso fácil al estado de sus beneficios.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 2-1-1, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2, o visite la oficina de beneficios de la HHSC que le quede cerca. Para encontrar la oficina más cercana a su hogar, puede llamar al 2-1-1, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2, o puede ir a YourTexasBenefits.com y hacer clic en **Find an Office (Encontrar una oficina)** en la parte superior de la página.

Deseamos que siga recibiendo sus beneficios de cuidado de la salud si todavía califica. Su salud es muy importante para nosotros. Para renovar, vaya a YourTexasBenefits.com y haga clic en **View my case (Ver mi caso)**. Siga las instrucciones que están ahí para renovar.

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

Presente siempre su tarjeta de identificación de Medicare o la del plan de salud de Medicare y su tarjeta actual de Medicaid de Your Texas Benefits cuando acuda a un doctor, vaya al hospital o se realice análisis. Incluso si su doctor le indicó que asistiera, debe presentar su tarjeta de identificación de Medicare o del plan de Medicare y su tarjeta actual de Medicaid de Your Texas Benefits 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 cuidado 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, más cercana a usted.

En la carta, incluya:

- Su nombre
- Su número telefónico
- Su número de identificación de Wellpoint

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

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

También puede llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Qué información necesitan?

En la carta, incluya su nombre, el número telefónico 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

del servicio, el número telefónico del proveedor, el monto cobrado 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, coseguro 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:

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

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

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

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

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades 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 cuidado primario. 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 de salud y de proveedor de cuidado primario.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive.
 - c. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - d. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud
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 de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - 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 7 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 alguien 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 de salud 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. Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones respecto de los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan médico.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario 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 cuidado primario 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 cuidado primario 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 Transporte médico que no sea de emergencia (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](https://www.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 asegurarnos de que usted sea atendido. Revisamos servicios que usted ha recibido para verificar si usted está recibiendo el mejor cuidado de la salud preventivo. Si tiene una enfermedad crónica, revisamos si usted está recibiendo ayuda para manejar su condición.

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

Trabajamos con los proveedores de nuestra red para enseñarles y ayudarles a atenderlo. Puede 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 normas de práctica clínica?

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

PROCESO DE RECLAMOS

¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al **833-731-2160** para explicarnos el 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 días.

¿Puede alguien de Wellpoint ayudarme a presentar un reclamo?

Sí, un defensor del miembro o representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar un reclamo 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 a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi reclamo?

Wellpoint contestará su reclamo en un plazo de 30 días de la fecha en que lo recibimos.

¿Cuáles son los requisitos y plazos de tiempo para presentar un reclamo?

Puede contarnos sobre su reclamo llamándonos o escribiéndonos. Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días laborales después de recibir su reclamo. Esto significa que tenemos su reclamo y hemos comenzado a examinarlo. Con nuestra carta, incluiremos un formulario de reclamo si su reclamo fue hecho por teléfono. Debe llenar este formulario y enviárnoslo por correo. Si necesita ayuda para llenar el formulario de reclamo, llame a Servicios para Miembros.

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

Si su reclamo es una emergencia, lo examinaremos en un plazo de 72 horas de haber recibido su llamada o el formulario de reclamo.

¿Cómo presento un reclamo ante la Health and Human Services Commission una vez haya agotado el proceso de reclamo de Wellpoint?

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Wellpoint, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando gratis al 866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, 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 Internet, puede enviar la queja a:
hhs.texas.gov/managed-care-help

Si presenta un reclamo, Wellpoint no tomará represalias en su contra. Seguiremos aquí para proporcionarle cuidado de la salud de calidad.

PROCESO DE APELACIONES

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

En ocasiones, es posible que le digamos que no pagaremos toda o parte de la atención que le han recomendado. Tiene derecho a solicitar una apelación. Una apelación se produce cuando usted o su representante designado solicitan a Wellpoint que reconsidere la atención que su médico solicitó y que nosotros dijimos que no pagaríamos. Un representante designado puede ser un miembro de la familia, su proveedor, un abogado, un amigo o cualquier persona que usted elija.

Si pide a alguien (un representante designado) que presente una apelación en su nombre, también debe enviar una carta a Wellpoint para informarnos que ha escogido 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 me enteraré si deniegan algún servicio?

Si denegamos servicios, le enviaremos una carta en el momento en que se decida la denegación.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Usted o su representante designado pueden presentar una apelación. Debe hacerlo dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la primera carta de Wellpoint donde se indica que no pagaremos o cubriremos, en parte o en su totalidad, la atención recomendada.

Cuando recibamos su carta o llamada, le enviaremos una carta dentro de un plazo de cinco días hábiles. En esta carta, se le informará que recibimos su apelación. También le informaremos si necesitamos cualquier información adicional para procesar su apelación. Wellpoint contactará a su médico en caso de que necesitemos información médica sobre el servicio.

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

Le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación. Esto lo haremos en un plazo de 30 días calendario a partir de cuando hayamos recibido su apelación, a menos que necesitemos más información de usted o de la persona que presentó la apelación en su nombre. En caso de que necesitemos más información, podemos extender el proceso de apelación durante 14 días cuando la demora lo beneficie. Si extendemos el proceso de

apelación, le informaremos por escrito el motivo de la demora. También puede pedirnos que extendamos el proceso si tiene más información que deberíamos considerar.

¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios que ya estaban aprobados?

Tiene 60 días para presentar una apelación a partir de la fecha de nuestra carta de decisión. Para seguir recibiendo servicios que Wellpoint ya ha aprobado, pero que pueden formar parte del motivo de su apelación, debe presentar una solicitud de continuación de beneficios a más tardar en la fecha que resulte posterior entre las siguientes:

- Diez días después de que le enviemos por correo el aviso para informarle que no pagaremos o cubriremos la atención, en parte o en su totalidad.
- La fecha en la que la notificación indica que finalizará el servicio.

Si la decisión sobre su apelación concuerda con nuestra primera decisión, se le podrá 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 la apelación estaba pendiente.

¿Alguien de Wellpoint puede ayudarme a presentar una apelación?

Sí, un defensor de los miembros o un representante de Servicios para Miembros pueden ayudarlo a presentar una apelación ante Wellpoint o ante el programa estatal apropiado. 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, puede solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal después de que se complete el proceso de apelación interna de Wellpoint. Su solicitud debe realizarse dentro de un plazo 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, Sí, puede solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa después de que se complete el proceso de apelación interna de Wellpoint. Su solicitud debe realizarse dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de nuestra carta de decisión de la apelación.

Consulte las próximas secciones, **Apelaciones de emergencia, Audiencias imparciales ante el estado 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 solicito 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) pueden solicitar una apelación de emergencia. Puede solicitar una apelación de emergencia de forma oral o por escrito mediante uno de los siguientes medios:

- Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.
- Envíenos 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 y aceptemos que su solicitud de apelación debe acelerarse, le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación. Haremos esto dentro de un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Si su apelación se trata de una hospitalización o emergencia en curso, lo llamaremos para darle una respuesta dentro de un día hábil o 72 horas, el plazo que resulte más corto. También le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación dentro de un plazo de 72 horas.

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

Si no aceptamos que su solicitud de apelación debe acelerarse, lo llamaremos de inmediato. Le enviaremos una carta dentro de un plazo de dos días calendario para informarle cómo se tomó la decisión y que su apelación se revisará mediante el proceso de revisión estándar.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

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

AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

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 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 de 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 deben enviar una carta a Wellpoint a:

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

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

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico le denegó o redujo, basado en los servicios previamente autorizados, por lo menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal, si pide una audiencia imparcial estatal de los 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 tardar 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

¿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 *Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal y revisión médica externa* que se adjunta a la carta de notificación al miembro de la decisión de apelación interna de 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; o
- Llamar a Wellpoint al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Si el miembro solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que el plan médico envía por correo la carta con la 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 a partir de la fecha en que el plan médico envía por correo la carta con la 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. Si prosigue con el trámite de la audiencia imparcial estatal, el miembro también puede pedir que la Organización de Revisión Independiente esté presente en la audiencia imparcial estatal. El miembro puede hacer estas dos solicitudes al comunicarse con Wellpoint al **833-731-2160 (TTY 711)** o con el equipo de admisión de la HHSC en EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

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.
- Visite oig.hhs.texas.gov y haga clic en “Report Fraud (Denunciar fraude)” para completar el formulario en línea.
- Denuncie directamente al plan de salud:

**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:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los médicos de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio; esta información incluirá el nombre, la dirección, el número de teléfono y los idiomas que habla (aparte del inglés) de cada proveedor de la red, así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes; y, cuando corresponda, las calificaciones profesionales, especialidad, institución de educación médica a la que asistió, finalización de la residencia y estado de certificación del Colegio de médicos
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los trámites para hacer una queja, una apelación, una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios
- 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 cuidado primario 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 cuidado primario no presta
- 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 PARA MIEMBROS SOBRE TÉRMINOS DEL CUIDADO ADMINISTRADO

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	Servicios que brindan comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

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

